Deutscher Bundestag
7. Wahlperiode

Drucksache 7/5575

08. 07. 76

Sachgebiet 86

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht der Bundesregierung über Maßnahmen für eine wirksame Koordinierung im institutionellen Bereich der Rehabilitation

Inhalt

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 53 Bonn 1
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, 53 Bonn-Bad Godesberg 1, Postfach 821, Goethestraße 56, Telefon (0 22 21) 36 35 51

Gemäß Beschluß des Bundestages vom 20. Juni 1974 — Drucksache 7/2245 — zugeleitet mit Schreiben des Bundeskanzlers vom 7. Juli 1976 — 14 (43) — 804 30 — Re 61/76

I. Einleitung

1 Auftrag des Gesetzgebers

1.1 Anlaß des Berichts

Der Deutsche Bundestag hat mit der am 20. Juni 1974 angenommenen Entschließung (Drucksache 7/2245) die Bundesregierung ersucht, bis zum 31. Dezember 1975 über folgende Fragen zu berichten:

„1. Welche Maßnahmen sind erforderlich, um eine wirksame Koordinierung im institutionellen Bereich der Rehabilitation zu erreichen?

Im einzelnen sollen hierzu insbesondere folgende Fragen beantwortet werden:

a) Auf welche Weise kann sichergestellt werden, daß zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen nur geeignete Einrichtungen angeboten und in Anspruch genommen werden?

b) Welche Maßnahmen sind erforderlich, damit geeignete Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen?

c) Wie kann gewährleistet werden, daß Rehabilitationseinrichtungen behindertengerecht gestaltet und die Planungen besser aufeinander abgestimmt werden, damit einerseits ein bedarfsdeckendes Angebot erreicht, zum anderen aber die Gefahr von Überkapazitäten vermieden wird?

d) Welche Maßnahmen sind erforderlich, um in den Rehabilitationseinrichtungen eine partnerschaftliche Verfassung zu gewährleisten, die besonders ein ausreichendes Mitspracherecht der Behinderten und des Personals bei der Gestaltung der Rehabilitationsarbeit zum Inhalt hat?

2. Welche Maßnahmen sind erforderlich, um auch die Rehabilitationsleistungen im Bereich des öffentlichen Dienstes in den Anwendungsbereich dieses Gesetzes einzubeziehen?

3. Welche Maßnahmen und Regelungen (Gesamtvereinbarungen) haben die Rehabilitationsträger getroffen, um ein nahtloses und zügiges Verfahren und Zusammenwirken der Träger, insbesondere bei der Aufstellung eines Gesamtplanes zur Rehabilitation, bei der Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit und bei der Gewährung vorläufiger Leistungen sicherzustellen?"

Zusammen mit dem Bericht der Bundesregierung über

— gesetzliche Initiativen zur Verbesserung der Leistungen an Behinderte und die Errichtung von Rehabilitationsstätten
  — Entschließung des Deutschen Bundestages vom 4. November 1971 —

und

— die Möglichkeiten einer Einbeziehung von Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz in das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 — RehaAnglG — (Bundesgesetzbl. I S. 1881)
  — Auftrag nach § 2 Abs. 3 dieses Gesetzes —

hat die Bundesregierung fristgemäß zu Nummern 2 und 3 der Entschließung den ihr erteilten Auftrag erfüllt — vgl. Drucksache 7/4535 —.

Die Frist für die Berichterstattung zu Nummer 1 der Entschließung hat der Deutsche Bundestag bis zum 30. Juni 1976 verlängert.

1.2 Ziel des Berichts

Bei den Gesetzgebungsvorhaben der Bundesregierung auf dem Gebiete der Rehabilitation — der dritten Novelle zum Bundessozialhilfegesetz, dem Rehabilitationsangleichungsgesetz, dem Schwerbehindertengesetz und dem Gesetz über die Sozialversicherung der Behinderten — standen folgende Anliegen im Vordergrund:

— Die Hilfen zur Rehabilitation müssen verbessert werden, insbesondere auch für den Personenkreis, der nicht versicherungs- oder versorgungsberechtigt und deshalb auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen ist.

— Die Hilfen zur Rehabilitation sollen unabhängig von Art oder Ursache der Behinderung allen Behinderten erreichbar sein. Allein die Tatsache der Behinderung soll das Maß der Hilfen bestimmen; das hat eine finale Ausgestaltung der Leistungen zur Rehabilitation zur Folge.

— Nachteile des gegliederten Systems der Rehabilitation sollen ohne Systemänderung überwunden werden, d. h. dem Behinderten muß der Überblick über das Rehabilitationsverfahren und die für ihn in Betracht kommenden Hilfen erleichtert werden; er muß umfassend beraten werden, das Rehabilitationsverfahren muß nahtlos und zügig ablaufen. Vor allem aber müssen die unterschiedlichen Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger einander angeglichen werden.

— Die Eingliederung der Schwerbehinderten in den allgemeinen Arbeitsmarkt ist zu erleichtern und zu sichern.

— Der Schutz der Sozialversicherung muß den Behinderten mit Geburts- und Frühschäden eröffnet werden.

Auf die Regelung von Fragen zur instutionellen Seite der Rehabilitation hat insbesondere das Rehabilitationsangleichungsgesetz verzichtet. Im Bericht

des federführenden Ausschusses des Deutschen Bundestages (Drucksache 7/2256) heißt es hierzu:

„Diesem (institutionellen) Bereich der Rehabilitation kommt für den Erfolg der Eingliederungsbemühungen die gleiche Bedeutung zu wie der Verbesserung der Leistungen. Viele Rehabilitationsleistungen können den Behinderten nur dann gewährt werden, wenn die dafür erforderlichen Einrichtungen in geeigneter Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Der Ausschuß erkennt an, daß die Bundesregierung im Rahmen des Aktionsprogramms zur Förderung der Rehabilitation im beruflichen Bereich die Schaffung moderner Berufsförderungswerke und Berufsbildungswerke wirksam und nachhaltig gefördert hat. Ähnliches sollte auch in anderen Bereichen der Rehabilitation geschehen. Deshalb ist der Ausschuß einmütig einer Anregung der CDU/CSU-Fraktion gefolgt und hat in Ziffer 1 des Entschließungsantrages die Bundesregierung beauftragt, ... über eine wirksame Koordinierung im institutionellen Bereich der Rehabilitation zu berichten."

Auch die innere Verfassung der Rehabilitationseinrichtungen ist in den vorgenannten, von der Bundesregierung eingeleiteten gesetzlichen Regelungen nicht angesprochen. Es gibt — soweit es die Mitsprache der Behinderten selbst betrifft — mit Ausnahme des Gesetzes über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimgesetz) vom 7. August 1974 (Bundesgesetzbl. I S. 1873) keine entsprechenden gesetzlichen Regelungen. Deshalb wird darüber Klage geführt, daß Behinderte häufig nur Objekt von Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen seien. Diesem unbefriedigenden Zustand könne man dadurch begegnen, daß man die Behinderten zur aktiven Mitarbeit anhalte. Eine partnerschaftliche Verfassung der Einrichtungen, insbesondere im Hinblick auf Fragen der Unterbringung, der Aufenthaltsbedingungen, der Hausordnung, der Verpflegung und der Freizeitgestaltung, wäre Voraussetzung hierfür. Dabei dürften allerdings notwendige Einschränkungen, die sich aus der Behinderung und der Aufenthaltsdauer ergeben, nicht außer acht gelassen werden.

Auch zu diesem Problem soll die Bundesregierung berichten.

2 Grundlagen des Berichts

Im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten zum Bericht der Bundesregierung wurden Stellungnahmen bei folgenden Behörden, Organisationen und Verbänden eingeholt:

den Ministern und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder,

den obersten Landessozialbehörden,

den Kultusministern der Länder,

der Ständigen Konferenz der Kulturminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland,

den kommunalen Spitzenverbänden,

den Spitzenverbänden der Sozialversicherungsträger,

der Bundesanstalt für Arbeit,

der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen,

der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe,

der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation,

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege,

den Organisationen der Behinderten,

dem Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge,

der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter,

der Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte".

Um auch die Erfahrungen „vor Ort" in den Bericht einfließen zu lassen, wurden zur Frage der Koordinierung im institutionellen Bereich der Rehabilitation auch die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation um Stellungnahme gebeten.

Der Fragenkatalog der Entschließung wurde noch des näheren wie folgt präzisiert und ergänzt:

Zu Frage 1 a: — Inanspruchnahme von geeigneten Einrichtungen —

— Ist es notwendig, für die einzelnen Arten von Rehabilitationseinrichtungen bestimmte fachliche Mindestanforderungen, beispielsweise zur räumlichen, personellen und sachlichen Ausstattung, zur Ausbildung, Berufserfahrung und Weiterbildung des Personals usw. festzulegen?

— Sind Maßnahmen notwendig, um die Rehabilitationsträger zu veranlassen, nur geeignete Einrichtungen zu belegen?

Zu Frage 1 b: — ausreichende Zahl geeigneter Einrichtungen —

— Ist der Bedarf für die einzelnen Arten neuer Rehabilitationseinrichtungen bekannt?

— Welche Möglichkeiten gibt es, den Bedarf zu ermitteln?

— Wer sollte für die Planung eines bedarfsdeckenden Angebotes an Einrichtungen verantwortlich sein?

— Wie kann die Schaffung einer bedarfsdeckenden Zahl von Einrichtungen verwirklicht werden (Finanzierung, Standortfragen, Trägerschaft)?

Zu Frage 1 c: — Koordinierung der Planung —

— Wie kann gewährleistet werden, daß die Planungen, insbesondere auch die Planungen der verschiedenen Arten von Rehabilitationseinrichtungen, wirksamer als bisher aufeinander abgestimmt werden, um ein nahtlos ablaufendes Rehabilitationsverfahren zu gewährleisten?

Zu Frage 1 d: — Mitspracherecht der Behinderten und des Personals —

— Mit welchem Inhalt und in welcher Rechtsform sollte ein Mitspracherecht der Behinderten und des Personals ausgestaltet sein; hierbei wird davon ausgegangen, daß es sich um Regelungen handelt, die nicht durch bereits geltende Vorschriften des Personalvertretungs- oder Betriebsverfassungsrechts abgedeckt sind.

3 Die individuelle und die institutionelle Seite der Rehabilitation

Die individuelle Seite der Rehabilitation ist die Frage nach dem Anspruch des einzelnen Behinderten gegen einen Rehabilitationsträger auf Gewährung von Rehabilitationsleistungen. Unter Rehabilitationsleistungen werden alle den Behinderten wegen eines nicht nur vorübergehenden Gebrechens im einzelnen gewährten Hilfen verstanden, insbesondere Dienst-, Sach- und Geldleistungen, die während oder im Anschluß an eine Rehabilitationsmaßnahme gewährt werden. Rehabilitationsmaßnahmen sind alle Veranstaltungen, an denen der Behinderte auf Veranlassung und auf Kosten des Rehabilitationsträgers teilnimmt, beispielsweise ein Aufenthalt in einer Kur- oder Spezialeinrichtung oder ein Umschulungslehrgang.

Die institutionelle Seite der Rehabilitation ist die Frage nach dem Vorhandensein der Einrichtungen, die notwendig sind, um die verschiedenen Rehabilitationsleistungen zu erbringen.

Während im individuellen Bereich der Rehabilitation mehr oder weniger konkrete Ansprüche und Leistungen für die verschiedenen Gruppen von Behinderten gegen die verschiedenen Leistungsträger vorgesehen sind, fehlte es lange Zeit im institutionellen Bereich der Rehabilitation weitgehend an bindenden und eindeutigen Verpflichtungen, die erforderlichen Rehabilitationseinrichtungen zu schaffen. Die Verantwortung für die institutionelle Seite der Rehabilitation hatte der Gesetzgeber in der Hauptsache dem Ermessen der Rehabilitationsträger, der Bereitschaft kirchlicher und caritativer Organisationen und der Privatinitiative überlassen.

II. Notwendigkeit der Koordinierung im institutionellen Bereich der Rehabilitation

Die Gewährung von Leistungen und Maßnahmen zur medizinischen, beruflichen, schulisch-pädagogischen und sozialen Rehabilitation ist in der Bundesrepublik Deutschland nicht einem einheitlichen Träger übertragen. Die Rehabilitation ist vielmehr eingebettet in das gegliederte System der Sozialen Sicherheit, die vorschulische und schulisch-pädagogische Rehabilitation, oder auch Habilitation genannt, ist vorrangig Aufgabe der Länder.

Das System der Sozialen Sicherheit ist schrittweise geschaffen worden und in mehrere Sicherungszweige — Versorgung, Sozialversicherung und Fürsorge — gegliedert. Entsprechend der schrittweisen Fortentwicklung der einzelnen Sozialleistungsbereiche haben sich auf die Entwicklungen in der Rehabilitation jahrzehntelang unterschiedlich vollzogen.

Die Träger haben in unterschiedlichem Ausmaß eigene Einrichtungen zur Rehabilitation geschaffen. Nunmehr sind alle Rehabilitationsträger durch § 17 Abs. 1 Sozialgesetzbuch — Allgemeiner Teil — verpflichtet worden, darauf hinzuwirken, daß die erforderlichen Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.

Die Bundesregierung hat mit der Verkündung des „Aktionsprogramms zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten" im April 1970 einen wichtigen Anstoß für die Koordinierung der Bemühungen im institutionellen Bereich der Rehabilitation gegeben. Sie hat darin ausdrücklich erklärt, daß es vorrangig darum geht, allen Behinderten die gebotenen medizinischen, vorschulischen, schulisch-pädagogischen, beruflichen und sozialen Hilfen schnell und unbürokratisch bereitzustellen, unabhängig davon, ob es sich um Kinder, Jugendliche oder Erwachsene handelt und ob die Behinderung angeboren ist, auf einer Erkrankung, einem Unfall oder einer Kriegsbeschädigung beruht. Sie hielt es deshalb bereits damals für notwendig, im institutionellen Bereich der Rehabilitation ein möglichst geschlossenes System von Rehabilitationseinrichtungen zu schaffen, angefangen von den Kliniken und Krankenhäusern über die Spezialeinrichtungen für bestimmte Behinderungsarten sowie die Ausbildungs- und Umschulungsstätten bis hin zu den Sonderkindergärten und Sonderschulen sowie den Werkstätten für Behinderte.

Die Bundesregierung hat auch bereits damals die Notwendigkeit zur Koordinierung der Maßnahmen im institutionellen Bereich der Rehabilitation erkannt, weil anders ein ausreichendes Angebot an Rehabilitationseinrichtungen sowie eine bedarfsgerechte und auf die Belange der Behinderten abgestimmte Planung und Finanzierung nicht möglich ist. Es gilt, ein ungeordnetes — mit der Gefahr sowohl von Überkapazitäten als auch des empfindlichen Mangels verbundenes — Nebeneinander der verschiedenen Stellen und Zuständigkeiten zu vermeiden und die knappen Finanzierungsmittel optimal einzusetzen.

Die Bundesregierung wurde in dieser Auffassung durch die eingegangenen Stellungnahmen bestätigt. Danach wird die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit und Koordinierung der einzelnen Tätigkeiten im institutionellen Bereich der Rehabilitation anerkannt; Art und Weise der Koordinierung müßten

aber entsprechend den unterschiedlichen Ausgangspositionen in den einzelnen Bereichen der Rehabilitation auch unterschiedlich gestaltet werden.

Die Bundesregierung teilt diese Meinung. Sie hat anläßlich der Verkündung des Aktionsprogramms den Standpunkt vertreten, daß „wir dort etwas tun müssen, wo wir zuständig sind und dort Anregungen und Hinweise geben, wo wir nicht unmittelbar tätig sein können". Sie hat zugleich ausgeführt, daß sie mit allen beteiligten Stellen zusammenarbeiten wird, um die zu einer wirksamen Koordinierung der Rehabilitation notwendigen Maßnahmen zu verstärken. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit haben schon 1970 zur Durchführung dieses Aktionsprogramms einen interministeriellen Ausschuß gebildet. Auf diese Weise konnte auf Bundesebene über mehrere Phasen der Rehabilitation hinweg koordiniert werden.

Daß sich auf diesem Wege der engen Zusammenarbeit von Stellen mit unterschiedlicher Kompetenz über die verschiedenen Bereiche der Rehabilitation hinweg Erfolge erzielen lassen, zeigt insbesondere auch das Zusammenwirken von Bund und Ländern im Bereich der beruflichen Bildung behinderter Jugendlicher. Hier gibt es eine enge Abstimmung zwischen den Kultusverwaltungen der Länder, den Landesarbeitsämtern, der Bundesanstalt für Arbeit und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Sie sollte im Interesse der Behinderten fortgeführt werden.

Die Beachtung des verfassungsrechtlichen Rahmens der jeweiligen Zuständigkeiten braucht also nicht zu einem Stillstand oder gar einem Verzicht auf Koordinierungsbemühungen im institutionellen Bereich der Rehabilitation zu führen. Die Bundesregierung wird deshalb auch weiterhin die Zusammenarbeit mit allen an der Rehabilitation beteiligten Stellen verstärken, um eine wirksame Koordinierung aller zu einer umfassenden Rehabilitation notwendigen Maßnahmen zu erreichen.

Dabei ist auch eine Koordinierung auf Landes- und regionaler Ebene notwendig. Die bestehenden Koordinierungsgremien in den einzelnen Ländern, deren Errichtung von der Bundesregierung begrüßt wird, haben sich nach übereinstimmender Aussage der Länder bewährt und Fehlplanungen verhindert.

Eine Koordinierung im institutionellen Bereich der Rehabilitation erscheint danach erforderlich, um insbesondere folgende Planungsziele zu erreichen:

- Ausreichendes Angebot an Plätzen,
- Bedarfsgerechte fachliche Auslegung von Einrichtungen,
- Optimale Dimensionierung und Standortwahl,
- Abgrenzung der Einzugsgebiete und Rehabilitationsaufgaben der einzelnen Einrichtungen,
- Vermeidung von Überkapazitäten, Konzeptionsmängeln und sonstigen Planungsfehlern,
- Zweckmäßiger und sparsamer Einsatz der zur Verfügung stehenden Finanzierungsmittel.

III. Koordinierung im medizinischen Bereich der Rehabilitation

1 Vorbemerkung

Soweit medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in Akutkrankenhäusern durchgeführt werden, sind die Fragen der Finanzierung im Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29. Juni 1972 (Bundesgesetzbl. I S. 1009) geregelt. Insoweit kann, insbesondere zu den Fragen der Planung der Länder und der Abstimmung mit dem Bund, auf den Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Drucksache 7/4530, insbesondere S. 11 ff.) verwiesen werden. Im übrigen ist die Zuständigkeit des Bundes für eine Koordinierung bei der Errichtung von Rehabilitationsstätten im medizinischen Bereich durch verfassungsrechtliche Normen begrenzt, soweit es dabei um echtes Verwaltungshandeln im Sinne verbindlicher Regelung von Sachverhalten geht, ohne Unterschied, ob dieses die Durchführung von Gesetzen oder den sogenannten „gesetzesfreien Raum" betrifft. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kommt eine Zuständigkeit des Bundes nur für die finanzielle Förderung von Einrichtungen mit eindeutig überregionalem Charakter in Betracht. Außerdem ist der Bund unter dem Gesichtspunkt des Sachzusammenhangs zuständig für Maßnahmen, die zur sachgemäßen Erfüllung von Aufgaben der Bundesbehörden notwendig sind. Hierzu gehören auch Modellvorhaben, die den zuständigen Ressorts die Erkenntnisse vermitteln sollen, die sie für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben benötigen.

Für den medizinischen Bereich der Rehabilitation besteht auf seiten des Bundes weder ein eigener Verwaltungsunterbau noch gibt es bundesunmittelbare Körperschaften, die für die Erfüllung von Koordinierungsaufgaben Zuständigkeiten besitzen. Eine Koordinierungstätigkeit und die Entwicklung von Konzeptionen ist daher gegenwärtig nur mit maßgeblicher Beteiligung der Sozialversicherungsträger und der Länder möglich.

Die dargelegten Begrenzungen der Zuständigkeit des Bundes gelten nicht, soweit es sich um Anregungen oder Empfehlungen, also nicht um ein Verwaltungshandeln im Sinne verbindlicher Regelung von Sachverhalten handelt. In diesem Rahmen ist also ein Tätigwerden des Bundes möglich. Die bisherigen Erfahrungen haben jedoch gezeigt, daß eigene Konzeptionen und Zielsetzungen bei der Kordinierung nicht durchsetzbar sind, soweit lediglich Anregungen gegeben werden können. Die Durchsetzung eigener Vorstellungen im Wege der Koordinierung mit den Ländern ist nur realisierbar, soweit eine verfassungsrechtliche Zuständigkeit des Bundes gegeben

ist, d. h. soweit es um überregionale oder um modellhafte Einrichtungen geht und daher vom Bund aus den für diese Zwecke bereitstehenden Mitteln — für 1976 insgesamt 7 Millionen DM aus einem Haushaltstitel für medizinische Rehabilitationseinrichtungen — Zuschüsse gewährt werden können. Weitere Einflußmöglichkeiten bestehen im Bereich des Zonenrandförderungsgesetzes, das die Förderung von Rehabilitationseinrichtungen — auch nichtberuflicher Art — ausdrücklich zuläßt; allerdings ist hier auf die strukturellen Vorgegebenheiten auf regionaler Ebene besonders Rücksicht zu nehmen, die sich auf die Planung in erheblichem Maße auswirken.

Die Koordinierung mit den Ländern war bislang auf die Bereitstellung von (medizinischen) Rehabilitationseinrichtungen für spezielle, vor allem für besonders bedeutsame Behinderungsarten bezogen. Weiterhin wurden einzelne Vorhaben mit den zuständigen obersten Landesbehörden koordiniert. Als Koordinierungsgremien werden die Gesundheitsministerkonferenz und die Konferenz der obersten Landessozialbehörden genutzt, soweit hierfür ein Bedürfnis entsteht. Diese Gremien stehen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit in ständigem Kontakt. Im übrigen erfolgt eine Koordinierung mit den für die Koordinierung auf Landesebene federführenden oder geschäftsführenden Stellen, die üblicherweise mit den fachlich zuständigen Landesressorts identisch sind.

2 Arten von Einrichtungen

Die Terminologie im Bereich medizinischer Rehabilitationseinrichtungen ist verwirrend. Trotz teilweise gleichen Leistungsangebots werden die einzelnen Einrichtungen in den jeweiligen Sozialleistungsbereichen unterschiedlich bezeichnet. Hier ist eine weitgehende Vereinheitlichung der Begriffsbildung wünschenswert.

Von den Koordinierungsbemühungen sollen daher alle Einrichtungen erfaßt werden, in denen medizinische Leistungen zur Rehabilitation im Sinne des § 10 RehaAnglG erbracht werden, unabhängig von ihrer derzeitigen Bezeichnung.

2.1 Gesetzliche Rentenversicherung

Die Einrichtungen der Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation gliedern sich in die Kategorien Schwerpunktklinik, Kurklinik, Sanatorium und Kurheim. Die Einteilung erfolgt im wesentlichen nach der Art der diagnostisch-therapeutischen Ausstattung der Einrichtung.

S c h w e r p u n k t k l i n i k ist eine Einrichtung, die auf eine bestimmte Indikation spezialisiert ist, von einer größeren Anzahl von Versicherungsanstalten belegt wird und über eine hochspezialisierte diagnostische und therapeutische Ausstattung verfügt. Die Schwerpunktklinik soll mit ihrem spezialisierten medizinischen Fachpersonal und ihren modernen medizinischen Einrichtungen möglichst allen Betreuten der Rentenversicherung zur Verfügung stehen, soweit der Krankheitsbefund eine Spezialuntersuchung und Spezialbehandlung erforderlich macht.

Die K u r k l i n i k ist eine Einrichtung, die auf Ein- oder Mehrfachindikationen spezialisiert ist, regional oder überregional belegt wird und über eine hochwertige diagnostische und therapeutische Ausstattung verfügt, z. B. über physikalisch-therapeutische Abteilungen, über ein mittelgroßes oder großes Labor sowie über Einrichtungen für Röntgen, EKG und Funktionsdiagnostik.

Ein S a n a t o r i u m ist eine Einrichtung, in der eine oder mehrere Indikationen behandelt werden können, die regional oder überregional belegt wird und über eine einfachere diagnostische und therapeutische Ausstattung verfügt.

Ein K u r h e i m ist eine Einrichtung, in der eine oder mehrere Indikationen behandelt werden, die eine einfache diagnostische und therapeutische Ausstattung hat, ohne daß eine ständige hauptamtliche ärztliche Betreuung vorhanden ist.

2.2 Gesetzliche Unfallversicherung

In der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgt die Heilbehandlung bei besonders schweren Verletzungen oder Erkrankungen in berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken oder Sonderstationen. Die Behandlung sonstiger schwerer Unfallverletzungen, die in einem Verletzungsarten-Katalog umrissen sind, wird in den allgemeinen Krankenhäusern durchgeführt, die von den Unfallversicherungsträgern für die stationäre Behandlung zugelassen sind.

2.3 Gesetzliche Krankenversicherung

Die Träger der Krankenversicherung sind durch das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation zu Trägern der Rehabilitation geworden. Neben der Gewährung von Genesendenfürsorge und Kuren zur Verhütung von Erkrankungen der Versicherten und ihrer Familienangehörigen gemäß § 187 Nr. 2 und 4 der Reichsversicherungsordnung (RVO) haben sie nach § 184 a RVO die Möglichkeit, Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in Kur- und Spezialeinrichtungen zu gewähren, wenn hierdurch eine Krankheit geheilt, gebessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann. Diese Regelung ist gegenüber den Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger subsidiär. Derartige Maßnahmen kommen daher insbesondere für nicht selbst versicherte Ehefrauen und Kinder sowie für Altersrentner in Betracht.

Die Träger der Krankenversicherung verfügen, abgesehen von einzelnen Gsnesungsheimen, in der Regel über keine eigenen Rehabilitationseinrichtungen. Eine Ausnahme gilt für die knappschaftliche Krankenversicherung, die eigene Krankenhäuser unterhält. Die Träger der Krankenversicherung sind noch damit befaßt, zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben im Bereich der Rehabilitation ein eigenes Organisationssystem zu entwickeln. Sofern sie sich dazu entschließen sollten, die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen des von ihnen zu betreuenden Personenkreises in Einrichtungen der Rentenversicherungsträger durchführen zu lassen, bedarf es keiner eigenen Institutionen. Gegenwärtig nehmen die Krankenkassen für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen nach § 184 a RVO Betten

anderer Leistungsträger, u. a. auch der Rentenversicherung, in Anspruch.

2.4 Kriegsopferversorgung

In der Kriegsopferversorgung wird die medizinische Rehabilitation in erster Linie in Versorgungskrankenanstalten (Versorgungskrankenhäusern und Versorgungskuranstalten) durchgeführt. Darüber hinaus stehen weitere Behandlungsplätze in vertraglich gebundenen Kurkliniken und Sanatorien sowie Kurheimen zur Verfügung. Bei der Auswahl dieser Einrichtungen werden hinsichtlich der Leistungsfähigkeit die heute allgemein gültigen Maßstäbe angelegt.

2.5 Die Sozialhilfe

Die Sozialhilfe verfügt in der Regel nicht über eigene Einrichtungen.

3 Koordinierung

Um ohne Rücksicht auf Art und Ursache der Behinderung wirksame medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchführen zu können, müssen allen Behinderten, gleichgültig, welcher Träger für sie zuständig ist, gleich qualifizierte und möglichst ortsnahe Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zur Verfügung stehen. Nicht die Zuordnung zu einem bestimmten Rehabilitationsträger, sondern allein die Behinderung und die deswegen gebotenen medizinischen Maßnahmen müssen den Ausschlag geben.

Deshalb ist bereits innerhalb der einzelnen Rehabilitationsträgergruppen, erst recht aber zwischen den einzelnen Trägergruppen, auf eine Abstimmung der Planung der Einrichtungen hinzuwirken.

Die Abstimmung innerhalb der einzelnen Trägergruppen ist im Bereich der Sozialversicherung vorrangig Aufgabe der Rehabilitationsträger selbst. Denn die Planungsdaten der Einrichtungen sollen aus der Praxis heraus entwickelt werden. Bei den Rehabilitationsträgern liegen wichtige Erfahrungen und Daten vor, die, entsprechend ausgewertet, für die institutionelle Planung unentbehrlich sind.

3.1 Gesetzliche Rentenversicherung

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung richtete sich der Bau eigener Rehabilitationseinrichtungen und deren Standort sowie die Inanspruchnahme von Beleghäusern lange Zeit allein nach dem Bedarf des jeweiligen Rentenversicherungsträgers und seiner Finanzkraft. Der Bundesrechnungshof hat dies wiederholt bemängelt (vgl. Drucksache IV/3052 S. 45 bis 47, Drucksache VI/2697 S. 41 und 42) und eine Koordinierung der Planungsarbeiten sowie einen überregionalen Bettenausgleich durch den Verband deutscher Rentenversicherungsträger vorgeschlagen.

3.1.1

Durch das Dritte Rentenversicherungs-Änderungsgesetz, das die langfristige Sicherung der Finanzlage der gesetzlichen Rentenversicherung zum Ziele hatte, sind für die Koordinierung im Bereich der Rehabilitation folgende Regelungen getroffen worden:

— Die Träger der Arbeiterrentenversicherung wurden in § 1244 Abs. 1 RVO verpflichtet, bei der Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden und Einrichtungen, die der Durchführung der Heilbehandlung dienen, sowie bei deren Belegung zusammenzuarbeiten, um eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und möglichst gleichmäßige Behandlung für alle zu Betreuenden zu gewährleisten. Diese Vorschrift ist mit Wirkung vom 1. Januar 1976 durch § 17 Abs. 1 Nr. 2 und Absatz 2 des Sozialgesetzbuches — Allgemeiner Teil — inhaltlich ersetzt worden.

— In § 1390 a Abs. 3 Satz 1 RVO wird bestimmt, daß bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen Ausgaben eines Trägers der Arbeiterrentenversicherung für Bauvorhaben nur in dringenden Fällen zulässig sind. Gleichzeitig wurde der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Voraussetzungen für die Beurteilung der Dringlichkeit unter Berücksichtigung des Bedarfs sämtlicher Versicherungsträger zu bestimmen.

— Nach § 1390 a Abs. 3 Satz 2 RVO ist vor Genehmigung eines Bauvorhabens (vgl. § 27 e RVO) eine gutachtliche Stellungnahme des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger über die Auswirkungen auf die Finanz- und Liquiditätslage der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter einzuholen. Darüber hinaus muß dem Antrag für ein solches Bauvorhaben ein Bericht des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger beigefügt sein, in dem dieser zur Dringlichkeit des Bauprojektes unter Berücksichtigung des Bedarfs aller Rentenversicherungsträger Stellung nimmt; maßgebend für die Beurteilung der Dringlichkeit ist die 2. Bauausgabendringlichkeitsverordnung.

— Die insgesamt in der Rentenversicherung der Arbeiter und deren einzelnen Trägern zur Durchführung der Rehabilitation zur Verfügung stehenden Mittel werden gemäß § 1390 a Abs. 2 RVO alljährlich durch Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung nach Anhörung des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger festgesetzt.

Diese Regelungen stellen in ihrer Gesamtheit auch sicher, daß trotz der Begrenztheit der den Trägern der Arbeiterrentenversicherung zur Verfügung stehenden Finanzmittel geeignete Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.

3.1.2

Die zur langfristigen Sicherung der Rentenversicherung im Dritten Rentenversicherungs-Änderungsgesetz getroffenen Regelungen gestatten — auch im Hinblick auf den zwischen der Arbeiterrentenversicherung und der Angestelltenversicherung eingeführten Finanzausgleich — den Rentenversicherungsträgern Investitionen im Vermögenssektor nur dann, wenn die vorgeschriebene Liquiditätsreserve angefüllt ist. Bei den Trägern der Arbeiterrenten-

versicherung war dies seit dem Inkrafttreten des Gesetzes nicht der Fall. Dieses Ergebnis wird auch in den nächsten Jahren nicht eintreten (vgl. Rentenanpassungsbericht 1976, Drucksache 7/2045 S. 42 ff.). Die Träger unterliegen damit praktisch einem Anlageverbot. Allerdings sind nach § 1390 a RVO in dringenden Fällen nach Maßgabe der Bauausgabendringlichkeitsverordnung Bauvorhaben zulässig. Das gilt grundsätzlich auch für den Bereich der Rehabilitation.

Die Angestelltenversicherung ist von den Regelungen der Bauausgabendringlichkeitsverordnung nicht betroffen. Soweit die Angestelltenversicherung Bauprojekte durchführt, hat sie nur Kurkliniken errichtet und damit dem in der Bauausgabendringlichkeitsverordnung insoweit unterstellten Bedarf an diesen Einrichtungen Rechnung getragen.

Durch die Verpflichtung zur Vorlage einer gutachtlichen Stellungnahme des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger zur Dringlichkeit des Bauvorhabens ist bereits nach geltendem Recht weitgehend gewährleistet, daß neue medizinische Rehabilitationseinrichtungen nur aus der Gesamtschau aller Rentenversicherungsträger entstehen. Zugleich wird damit aber auch bewirkt, daß geeignete Einrichtungen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.

3.1.3

Die Begutachtung des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger über die Dringlichkeit wird nach der Handhabung der Verordnung durch die Aufsichtsbehörden auch auf solche Bauvorhaben erstreckt, die aus Rückstellungen nach § 1383 b RVO finanziert werden sollen. Eine am Bedarf aller Rentenversicherungsträger ausgerichtete Bautätigkeit läßt es nicht zu, geplante Baumaßnahmen, die eine einzelne Anstalt mit Rückstellungsmitteln zu finanzieren in der Lage ist, nicht in die gesamtheitliche Koordinierung der Bauinvestitionen einzubeziehen. Die Rentenversicherungsträger verfahren inzwischen dementsprechend.

Der Gutachtensauftrag erfaßt auch Maßnahmen zur Substanzerhaltung und Modernisierung. Es entspricht allgemeiner Erfahrung, daß gerade Modernisierungen älterer Einrichtungen einen sehr hohen finanziellen Aufwand erfordern. Daher muß bei derartigen Projekten sichergestellt sein, daß sie sich langfristig in die Gesamtplanung einordnen lassen und ein befriedigendes Ergebnis erreicht wird.

Maßgebendes Kriterium für die Beurteilung der Dringlichkeit eines Bauvorhabens ist vor allem der für die künftige Durchführung von Heilbehandlungsmaßnahmen außerhalb von Santorien und Kurkliniken für eine bestimmte Indikation vorliegende Bettenbedarf. Daneben sind die Eignung des Standortes nach medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten sowie die Wirtschaftlichkeit der vorgesehenen Betriebsgröße von Bedeutung.

An der Stellungnahme des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger für den durch die zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigenden Bauantrag sind über die zuständigen Fachgremien des Verbandes sämtliche Rentenversicherungsträger beteiligt. Die Aufsichtsbehörde wird durch sie in die Lage versetzt, bei der Genehmigung des Bauvorhabens den Gesamtbedarf der Rentenversicherungsträger zu berücksichtigen und damit dem Anliegen des Gesetzgebers Rechnung zu tragen.

3.1.4

Unabhängig von der Beurteilung der Dringlichkeit von Rehabilitationseinrichtungen setzt die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von medizinischen Rehabilitationsstätten auf längere Sicht eine zukunftsorientierte Gesamtplanung voraus, die sich

a) auf die Durchführung von stationären Heilbehandlungen als Grundlage für organisatorische Maßnahmen,

b) auf die Bauplanung der Versicherungsträger als Grundlage für die Beurteilung der Dringlichkeit von Bauvorhaben durch den Verband deutscher Rentenversicherungsträger

   sowie

c) auf die Ermittlung des Finanzbedarfs für den Bau der Rehabilitationseinrichtungen

erstrecken muß.

Die Bundesregierung hat eine umfassende Analyse aller bestehenden medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, eine eingehende Bedarfsermittlung und eine zukunftsorientierte Gesamtplanung im Bereich der Rentenversicherung unter Berücksichtigung der Aufgaben und Maßnahmen anderer Rehabilitationsträger zur Voraussetzung für eine grundlegende Neukonzeption der Bauausgabendringlichkeitsverordnung gemacht.

Die Arbeiten des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger hieran sind vorangeschritten. Sie haben sich allerdings als so schwierig und umfassend erwiesen, daß sie innerhalb der Geltungsdauer der 2. Bauausgabendringlichkeitsverordnung, die bis 31. Dezember 1975 begrenzt war, nicht mehr abgeschlossen werden konnten. Um den Rentenversicherungsträgern nicht jede Möglichkeit zum Bau von Rehabilitationseinrichtungen zu nehmen, ist die Geltungsdauer der Verordnung bis zum 31. Dezember 1976 verlängert worden. Die Bundesregierung geht davon aus, daß ihr der Verband deutscher Rentenversicherungsträger bis Sommer 1976 die in Aussicht gestellte Gesamtkonzeption über den Heilstättenbau vorlegen wird, die die Grundlage für die künftige Beurteilung der Dringlichkeit der erforderlichen medizinischen Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen einer 3. Bauausgabendringlichkeitsverordnung sein soll.

Teil dieser Gesamtkonzeption sind eine umfassende Bestandsanalyse der eigenen Rehabilitationseinrichtungen und der zur Verfügung stehenden Belegeinrichtungen sowie eine Trendanalyse der stationären Heilbehandlungen für die nächsten zehn Jahre auf der Basis der Daten der Jahre 1961 bis 1969. Zusammen mit der Festlegung bestimmter medizinischer sowie wirtschaftlich organisatorischer Grunddaten wird sich hieraus kurz- und langfristig der Bedarf an Rehabilitationseinrichtungen für bestimmte Indikationen feststellen lassen.

Wie das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in einem Bericht an den Vorsitzenden des Rechnungsprüfungsausschusses des Deutschen Bundestages über die Koordinierung der Bettenplanung der Rentenversicherungsträger dargelegt hat, ist es der Auffassung, daß die Bedarfsplanung für die Durchführung medizinischer Heilbehandlungsmaßnahmen sämtlicher Rentenversicherungsträger zentral (z. B. vom Verband deutscher Rentenversicherungsträger) durchgeführt werden muß. Dabei geht das Ministerium davon aus, daß mit einer solchen Regelung den Interessen aller Versicherten am wirkungsvollsten Rechnung getragen werden kann.

3.1.5

Die möglichst wirtschaftliche Unterhaltung eigener medizinischer Rehabilitationseinrichtungen und die Notwendigkeit, alle Rehabilitanden entsprechend ihren Gesundheitsstörungen und ohne lange Wartezeiten nach modernen medizinischen Erkenntnissen zu behandeln, machen einen überregionalen Bettenausgleich notwendig. Der Bundesrechnungshof hat bereits in seiner Denkschrift vom 22. Dezember 1964 (Drucksache IV/3052, S. 46) diesen Vorschlag den Rentenversicherungsträgern unterbreitet.

In der Praxis der Träger der Rentenversicherung findet im allgemeinen nur ein Bettenausgleich benachbarter Landesversicherungsanstalten oder der Versicherungsträger im süd- oder norddeutschen Raum untereinander statt. Die Minister und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder haben dementsprechend auf der 42. Konferenz am 5./6. März 1970 nur einen regionalen Bettenausgleich befürwortet. Die Bundesregierung ist demgegenüber der Auffassung, daß ein regionaler Bettenausgleich nur bei bestimmten Indikationen ausreichen kann. Grundsätzlich sollte sichergestellt werden, daß der Rehabilitand möglichst schnell in die für seine Behandlung optimale Behandlungseinrichtung gelangt. Das läßt sich in der Regel nur durch einen überregionalen Bettenausgleich erreichen. Hierfür sprechen auch wirtschaftliche Erwägungen. Die Bereitstellung geeigneter Rehabilitationseinrichtungen bedarf nach Auffassung der Bundesregierung nicht nur einer ständigen Überprüfung und Anpassung des Bettenbedarfs, sondern auch des Bettenangebots. Dessen volle Nutzung, vor allem aber der Grundsatz der Gleichbehandlung aller Versicherten gebieten es, daß das zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit von Versicherten Erforderliche und Mögliche nicht nach den Gegebenheiten eines einzelnen Versicherungsträgers, sondern denen aller Versicherungsträger geschehen muß. Der überregionale Bettenausgleich sollte ebenso wie die Bedarfsplanung zentral (z. B. von dem Verband deutscher Rentenversicherungsträger) durchgeführt werden.

3.1.6

Der Verband deutscher Rentenversicherungsträger führt die Bestandsanalyse über eigene Einrichtungen der Rentenversicherungsträger und die von ihnen belegten Häuser, die Bedarfsermittlung und Bedarfsprognosen aufgrund einer Ermächtigung seiner Mitglieder durch. Diese sind die 18 Landesversicherungsanstalten, die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die Bundesknappschaft, die Bundesbahn-Versicherungsanstalt und die Seekasse. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, denen die Durchführung der Rentenversicherungsgesetze und damit auch der Rehabilitation der Versicherten entsprechend Gesetz und Satzung obliegt. Der Verband selbst ist ein eingetragener Verein des bürgerlichen Rechts. Außer den ihm gesetzlich übertragenen Zuständigkeiten hat er lediglich die Kompetenzen, die er von seinen Mitgliedern herleitet. An den Beschlüssen des Verbandes wirken die Mitglieder über seine Organe mit. Die Entscheidungen haben den rechtlichen Gehalt von Empfehlungen, deren Beachtung im Streitfalle gegenüber dem einzelnen Mitglied nicht erzwungen werden kann. Die Ermittlung des Bedarfs an Rehabilitationseinrichtungen, eine zukunftsorientierte Gesamtplanung und deren an den Bedürfnissen aller Versicherten orientierte Realisierung sowie die Durchführung eines überregionalen Bettenausgleichs sind Probleme, die noch der Lösung bedürfen. Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß die hierzu geeigneten Maßnahmen bald verwirklicht werden sollten, um im Bereich der Rehabilitation eine möglichst gleichmäßige Behandlung aller Versicherten der Rentenversicherungsträger zu gewährleisten und eine wirtschaftlich optimale Verwendung der vorhandenen Mittel sicherzustellen.

3.2 Gesetzliche Unfallversicherung

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung arbeiten auf freiwilliger Basis auf Verbandsebene in institutionellen Fragen der Rehabilitation zusammen. Die Zusammenarbeit erstreckt sich auf die Unfallforschung und Dokumentation und schließt die Planung und Finanzierung gemeinsamer Einrichtungen ein. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern obliegt nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz primär den Ländern. Damit richtet sich auch die Bereitstellung eines ausreichenden Bettenangebots zur Behandlung Unfallverletzter grundsätzlich nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz. Die Unfallversicherungsträger können im Rahmen der bestehenden Rechtsgrundlagen eigene Rehabilitationseinrichtungen errichten. Diese sind aus dem Anwendungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgeklammert. Die sich hierauf beziehenden Planungen sollten wie bisher einheitlich durchgeführt werden. Weitergehender Maßnahmen zur Sicherstellung eines ausreichenden Angebots geeigneter medizinischer Rehabilitationseinrichtungen bedarf es in diesem Bereich nicht. Die finanzielle und kooperative Leistungsfähigkeit der Unfallversicherung lassen erwarten, daß die Erkenntnisse auch realisiert werden.

3.3 Gesetzliche Krankenversicherung

Die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung mit Krankenhäusern hat nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zu erfolgen. Für die stationäre Krankenbehandlung ist eine Primärplanung durch die Krankenversicherungsträger daher nicht vorgesehen.

Eigene Kur- und Spezialeinrichtungen stehen den Krankenversicherungsträgern nicht zur Verfügung.

Die Bundesregierung geht davon aus, daß die Selbstverwaltung der Krankenversicherungsträger einvernehmlich zu einheitlichen Regelungen für den von ihnen zu betreuenden Personenkreis gelangen wird.

3.4 Kriegsopferversorgung

Die Länder bedienen sich bei der Durchführung von Badekuren zunächst der im eigenen Land aufgrund eines Bettenschlüssels zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze in Versorgungskrankenanstalten und vertraglich gebundenen Kurkliniken, Sanatorien und Kurheimen. Bei einem darüber hinausgehenden Bedarf an Behandlungsplätzen erfolgt die Zuweisung dieser Plätze über den Kurenausgleich beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Um Fehlplanungen und damit Überkapazitäten zu vermeiden, wäre eine Regelung wünschenswert, die vorsieht, daß einerseits den heutigen Anforderungen entsprechende Einrichtungen, die von einzelnen Trägern wegen vorhandener Überkapazitäten abgebaut werden, von einer zentralen Stelle erfaßt und andererseits dorthin auch alle beabsichtigten Neuplanungen oder der beabsichtigte Abschluß von neuen Verträgen gemeldet würden, damit eine Koordinierung möglich wird.

Es sollte angestrebt werden, die Verantwortung für den Bereich der Kriegsopferversorgung maßgeblich dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zu übertragen.

3.5 Koordinierung über mehrere Trägergruppen

Die erforderliche Einbindung der eigenen Einrichtungen der Unfallversicherungsträger in die Gesamtkonzeption für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern macht insoweit eine Koordinierung mit anderen Trägergruppen und den Ländern als denjenigen Stellen notwendig, die die Krankenhausbedarfspläne aufstellen. Ebenso ist eine Koordinierung der Bedarfsplanung nicht nur innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch im Verhältnis zu anderen Leistungsträgern, vor allem zur gesetzlichen Rentenversicherung erforderlich. Insbesondere die Inanspruchnahme von Behandlungseinrichtungen der Rentenversicherungsträger hätte maßgeblichen Einfluß auf deren Bedarfsplanungen. Auch wenn die Krankenkassen deren Belegeinrichtungen beanspruchen, würde sich dies auf das zur Verfügung stehende Bettenangebot auswirken.

Eine Abstimmung mit den Planungen der Kriegsopferversorgung erscheint ebenfalls notwendig, wenn auch nicht so vordringlich, da die bedarfsdekkende Zahl von Einrichtungen für den Bereich der Kriegsopferversorgung erreicht und ein Abbau der Kapazitäten unumgänglich ist. Außerdem läßt die unterschiedliche Zusammensetzung des Kreises der Anspruchsberechtigten nach dem Bundesversorgungsgesetz und derjenigen nach den Bestimmungen der Rentenversicherungsträger in aller Regel eine Einweisung von Kriegsbeschädigten in Einrichtungen anderer Träger nicht zu.

Die Abstimmung unter den Sozialversicherungsträgern soll nach den Vorstellungen dieser Träger bundesweit über die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erfolgen. Diesem Vorschlag stehen aber dieselben Bedenken entgegen, wie sie hinsichtlich der Rechtsstellung des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger geltend gemacht wurden (vgl. oben III. 3.1.6).

Nach Auffassung der Bundesregierung ist nach Lösungen zu suchen, die im Bereich der medizinischen Rehabilitation eine möglichst gleichmäßige Behandlung aller Behinderten gewährleisten und eine möglichst wirtschaftliche Verwendung der vorhandenen Mittel sicherstellen. Dabei soll die vorrangige Zuständigkeit der Selbstverwaltung insbesondere zur Regelung dieser Angelegenheiten und zur Abstimmung der notwendigen Planungen erhalten bleiben.

4 Festlegung einheitlicher Kriterien

4.1

Die fachlichen Mindestanforderungen an Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation ergeben sich aus der Art und dem Schweregrad der Behinderungen der Rehabilitanden und aus der Art der Maßnahmen zur Rehabilitation, die in der Einrichtung entsprechend ihrer Aufgabenstellung durchgeführt werden. Bei der Planung der einzelnen Einrichtungen wird allgemein eine dem neuesten Stand der rehabilitationsmedizinischen Erkenntnisse entsprechende Ausstattung vorgesehen. Zu ins Gewicht fallenden Defiziten bei der Erstausstattung medizinischer Rehabilitationseinrichtungen ist es, jedenfalls soweit der Bund an der Förderung beteiligt war, bisher nicht gekommen.

Eine Typisierung hinsichtlich der räumlichen, personellen und sachlichen Ausstattung ist nur in begrenztem Maße möglich, da den sehr unterschiedlichen Arten und Schweregraden von Behinderungen bei der Konzipierung der Rehabilitationsstätten Rechnung getragen werden muß und die Anpassung an neue wissenschaftliche Erkenntnisse nicht erschwert werden soll. Es empfiehlt sich aus diesen Gründen, zunächst lediglich die bei verschiedenen Arten von Einrichtungen bereits gewonnenen Erfahrungen bei der Errichtung gleichartiger Rehabilitationsstätten einzusetzen und daraus einheitliche Planungsgrundsätze zu entwickeln. Die verbindlichere Fixierung fachlicher Mindestanforderungen sollte für Einrichtungen mit größerer Dichte angestrebt werden, sobald ein ausreichender Erfahrungsstand erreicht ist.

4.2

Um ein geordnetes Rehabilitationsverfahren sicherzustellen, ist es nach Auffassung der Bundesregierung notwendig, gewisse Mindestanforderungen in personeller, räumlicher und sachlicher Hinsicht sowie zur Ausbildung, Berufserfahrung und Weiterbildung des Personals an die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zu stellen. Die Bundesregierung sieht sich in ihrer Auffassung durch den Stand-

punkt der Sozialversicherungsträger und der überwiegenden Zahl von Stellungnahmen der Länder bestätigt. Die BAR führt hierzu aus:

„Die Träger befürworten die Festlegung von fachlichen Mindestanforderungen für die Rehabilitationseinrichtungen."

Diese Mindestanforderungen müssen bundesweit gelten, um dem Grundsatz der Gleichbehandlung der Behinderten und dem (länderübergreifenden) Einzugsbereich der größeren Einrichtungen Rechnung zu tragen. Die Mindestanforderungen dürfen andererseits nicht zu gering gestellt, aber auch nicht überspannt werden..

Sie müssen das Notwendige zur Erreichung des Rehabilitationserfolgs im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten umfassen. Wie auch die Sozialversicherungsträger zum Ausdruck brachten, kann es bedingt durch den wissenschaftlichen und technischen Fortschritt aber kein Festschreiben des gegenwärtigen Zustandes geben. Die Mindestanforderungen sind jeweils den bestehenden Erfordernissen anzupassen. Das bedingt eine größtmögliche Flexibilität. Aus diesem Grunde ist die Bundesregierung der Auffassung, daß die jeweiligen Mindestanforderungen zur Erreichung des Rehabilitationszieles für die medizinischen Einrichtungen vorrangig durch die Träger selbst aufgestellt werden sollten, um eine elastische Handhabung unter Berücksichtigung finanzieller und wirtschaftlicher Gegebenheiten sowie der technischen Entwicklung zu gewährleisten. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, daß die Forderung nach einem zügigen und nahtlosen Ablauf des Rehabilitationsverfahrens eine enge Verknüpfung der medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen bedingt. Das heißt, es muß bereits am Krankenbett mit der Vorbereitung auf das spätere Berufsleben begonnen werden.

Deshalb sind die Mindestanforderungen an die Einrichtungen entsprechend ihrer Funktion auszurichten. Die personellen Mindestanforderungen sollten sich auch auf die Ausbildung und vor allem die Weiterbildung des in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen tätigen ärztlichen Personals erstrecken. Dabei sollten auch Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in verstärktem Maße zur fachärztlichen Weiterbildung herangezogen werden.

Was die fachliche Qualifikation des Personals angeht, ist ferner darauf hinzuweisen, daß der Bund in Abstimmung mit den Ländern bestrebt ist, in den Ausbildungs- und Prüfungsregelungen für die ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufe den Bereich der medizinischen Rehabilitation angemessen zu berücksichtigen.

Soweit Rehabilitationseinrichtungen zugleich Ausbildungsstätten für nichtärztliche Heilberufe haben oder sind, müssen sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen, um als zur Ausbildung geeignet staatlich anerkannt zu werden. Diese Voraussetzungen werden seitens der Länder festgelegt.

4.3

Das Gebot der Gleichbehandlung aller Behinderten sowie die Pflicht der Rehabilitationsträger, bei der Durchführung der Rehabilitation zusammenzuarbeiten, macht es notwendig, daß diese Mindestanforderungen für alle Rehabilitationsträger und die von ihnen belegten fremden Einrichtungen gelten. Sie müssen dementsprechend unter den Rehabilitationsträgern, die sie jeweils erarbeitet haben, abgestimmt werden.

4.4

Die gesetzliche Unfallversicherung hat in jahrzehntelanger Praxis ein leistungsfähiges System von Rehabilitationseinrichtungen, die in personeller, räumlicher und sachlicher Hinsicht hohen Anforderungen genügen, entwickelt. Die fachlichen Mindestanforderungen sind über eine freiwillige Kooperation der Träger auf Verbandsebene erarbeitet und in den „Anforderungen an Krankenhäuser für die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren" sowie in folgenden Denkschriften des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften niedergelegt worden:

— Zur Verbesserung der medizinischen Rehabilitation Unfallverletzter,

— zur Neuordnung der Behandlungszentren für Querschnittgelähmte in der Bundesrepublik Deutschland,

— zur Verbesserung der Rehabilitation Schwer-Schädel-Hirnverletzter.

Der Hauptverband hat eine weitere Denkschrift „Zur Verbesserung der Rehabilitation der Schwerverbrannten und Strahlengeschädigten" in Vorbereitung. Soweit die berufsgenossenschaftliche Arbeit durch Forschung belegt oder ergänzt werden muß, wird das Forschungsinstitut für Traumatologie des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften in Frankfurt tätig. Die Auswertung der Strukturanalysen und die Entwicklung der Dokumentation des Hauptverbandes läßt weitere Erkenntnisse auch für die institutionelle Planung erhoffen. Außerdem zielen die Bemühungen des Hauptverbandes auf eine optimale Behandlung schwerwiegender Unfallverletzungen aller Art, gleich welcher Ursache, in den Unfallkrankenhäusern und Sonderstationen. Insoweit wäre bei der Realisierung dieses Gedankens eine trägerübergreifende Behandlung der Behinderten sichergestellt.

4.5

Auch die Rentenversicherungsträger haben Erfahrungswerte für die medizinische Rehabilitation. Es ist weder erforderlich noch wirtschaftlich zweckmäßig, in allen Rehabilitationseinrichtungen spezialisiertes ärztliches Personal sowie eine hochwertige diagnostische und therapeutische Ausstattung bereitzustellen, da die medizinischen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten von sehr unterschiedlicher Art und Intensität sind. Nach den Vorstellungen der Rentenversicherungsträger, die sich mit denen der Bundesregierung decken, sollen Versicherte mit schweren Gesundheitsstörungen und besonderer diagnostischer Problematik während der Rehabili-

tationsmaßnahme eine Spezialbehandlung in einer Schwerpunktklinik oder Kurklinik erhalten. Ihre Bemühungen sind deshalb darauf ausgerichtet, diese Einrichtungen über das gesamte Bundesgebiet gestreut in dem erforderlichen Umfange selbst vorzuhalten. Die Bundesregierung hat eine dahin gehende Entwicklung durch die 2. Bauausgabendringlichkeitsverordnung unterstützt, nach der es den Trägern der Arbeiterrentenversicherung vorerst nur erlaubt ist, als Einrichtungen zur Rehabilitation, abgesehen von Diagnosezentren, Schwerpunkt- und Kurkliniken zu bauen.

Soweit eine spezielle Behandlung des Versicherten nicht erforderlich ist, soll die Rehabilitationsmaßnahme in Sanatorien und Kurheimen erfolgen, für deren Betrieb durch die Rentenversicherungsträger keine zwingende Notwendigkeit gegeben ist.

Die eigenen Einrichtungen der Rentenversicherungsträger sind, von Ausnahmen abgesehen, in besonders hohem Maße für die Durchführung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen geeignet. Das gilt vor allem hinsichtlich ihrer Schwerpunkt- und Kurkliniken, die nahezu für alle Indikationsbereiche vorhanden sind. Eine beachtliche Anzahl von ihnen ist erst in den letzten 15 Jahren errichtet worden. Diese Einrichtungen berücksichtigen in vollem Umfange apparativ und personell die medizinisch-technische Entwicklung. Die räumliche Ausstattung entspricht modernen Anforderungen. Soweit die Rentenversicherungsträger ältere Einrichtungen führen, ist deren Modernisierung in technischer und räumlicher Hinsicht gut vorangeschritten. Sie unterliegen hierbei, ebenso wie beim Neubau von Rehabilitationseinrichtungen, nach geltendem Recht allerdings finanziellen Beschränkungen.

Allerdings hängt die Durchsetzung dieser vom Verband deutscher Rentenversicherungsträger erarbeiteten Werte entscheidend davon ab, inwieweit sich die einzelnen Träger, also seine Mitglieder, danach richten.

4.6

Für die Durchführung von „stationären Behandlungen an einem Badeort (Badekuren)" der Kriegsopferversorgung sind bereits im April 1973 bestimmte fachliche Mindestanforderungen festgelegt worden, die die andersartige Altersstruktur der Kriegsbeschädigten gegenüber den von der Rentenversicherung Betreuten berücksichtigen. Es muß jedoch hier darauf hingewiesen werden, daß nach Artikel 83 GG das Bundesversorgungsgesetz von den Ländern als eigene Angelegenheit durchgeführt wird. Obwohl die Festlegung der erwähnten Maßstäbe einschließlich eines detaillierten Stufenplanes für die Kündigung alter und den Abschluß neuer Belegungsverträge in vollem Einvernehmen mit den Vertretern aller Bundesländer vereinbart wurde, wird in einigen Ländern nicht konsequent und nicht ganz zeitgerecht nach diesen Festlegungen verfahren. Das hat zur Folge, daß zur Zeit eine Überkapazität an Vertragsbetten besteht und Kureinrichtungen unter Vertrag stehen, die den festgelegten Erfordernissen nicht entsprechen.

4.7

Die berufliche Qualität des Personals erfordert eine Erweiterung des Ausbildungs- und Fortbildungsangebots, insbesondere für therapeutische Fachkräfte. Soweit solche Fachkräfte den Heilberufen zuzurechnen sind, z. B. die Beschäftigungstherapeuten und die Logopäden, kann der Bund die Zulassung zum Beruf und die Ausbildung auf Grund seiner konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu den ärztlichen und anderen Heilberufen nach Artikel 74 Nr. 19 des Grundgesetzes regeln. Inzwischen liegt das Bundesgesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten vom 25. Mai 1976 (Bundesgesetzbl. I S. 1246) vor. Auch hinsichtlich des Logopädenberufs wird eine bundesrechtliche Regelung angestrebt.

5 Ermittlung des Bedarfs

Die bisherigen Planungen medizinischer Rehabilitationseinrichtungen sind bei einzelnen Trägergruppen auf Schätzwerte gegründet.

Zur Bedarfsermittlung können die bei den einzelnen Rehabilitationsträgern vorliegenden Erfahrungswerte herangezogen werden. Der Verband deutscher Rentenversicherungsträger ist mit der Durchführung einer umfassenden Analyse aller bestehenden medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, einer eingehenden Bedarfsermittlung und einer zukunftsorientierten Gesamtplanung im Bereich der Rentenversicherung unter Berücksichtigung der Aufgaben und Maßnahmen anderer Rehabilitationsträger befaßt. Das Programm ist umfassend und differenziert genug, um mit seinen Ergebnissen als Basis für die weitere Planung in diesem Bereich zu dienen.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung liegt genaues Zahlenmaterial über den Bedarf an Rehabilitationseinrichtungen vor (vgl. „Strukturanalysen der Rehabilitation", Heft 1 und 2 — 1970/1972, „Die dritte Dimension der Unfallforschung" — 1974). Die oben genannten Denkschriften sowie die Denkschrift „Zur Verbesserung der Rehabilitation Schwerverbrannter" stellen über den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung hinaus Bedarfsanalysen für sämtliche Unfallverletzte ohne Rücksicht auf die Ursache der Behandlung und den in Betracht kommenden Unfallversicherungsträger an. Für die wesentlichen Schwerverletztengruppen im Erwachsenenbereich stehen damit ausreichende Planungs- und Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung. Der Bedarf an Spezialeinrichtungen für Kinder und Jugendliche, z. B. für schädel- und hirnverletzte Kinder, muß noch vorrangig über die Bundesarbeitsgemeinschaft der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand gemeinsam mit dem Krankenhausbereich ermittelt und abgedeckt werden.

Für den Leistungsbereich der Krankenversicherungsträger liegen noch keine Bedarfsanalysen vor. Das wird erst möglich sein, wenn hinreichende Erfahrungen über die Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Kur- und Spezialeinrichtungen durch den von ihnen zu betreuenden Personenkreis gesammelt sind.

Im Bereich der Kriegsopferversorgung läßt sich der normalerweise vorhandene Bedarf an Behandlungsplätzen anhand von statistischem Zahlenmaterial weitgehend vorausbestimmen. Die Vergangenheit hat jedoch wiederholt gezeigt, daß sich hauptsächlich im Zusammenhang mit der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung das Verhalten der Kriegsbeschädigten ändert und zu Anpassungen in den Fragen des Bedarfs an Behandlungsplätzen zwingt.

Mittelfristig werden weitere Anhaltspunkte für Bedarf und Planung aus der nach § 51 des Schwerbehindertengesetzes zu erstellenden Rehabilitations- und Behindertenstatistik und aus den aufgrund des § 368 r RVO von den Ärzten an die Krankenkassen zu machenden Mitteilungen zu erwarten sein.

6 Aufbau eines bedarfsdeckenden Netzes von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen

6.1

Die Schaffung einer bedarfsdeckenden Zahl von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen setzt zunächst organisatorische Maßnahmen voraus, die es ermöglichen, die an Krankenhäusern der Akutversorgung vorhandenen bzw. beim weiteren Ausbau aufgrund der Krankenhausbedarfsplanung noch entstehenden apparativ-diagnostischen Kapazitäten auch für Zwecke der Rehabilitation in möglichst weitgehendem Maße zu nutzen. Zur Sicherstellung eines nahtlosen Rehabilitationsverfahrens werden daher die Krankenhäuser mehr als bisher in das Konzept medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen einzubeziehen sein. Die Planung und Realisierung eines bedarfsdeckenden Angebots an medizinischen Rehabilitationseinrichtungen sowie die Lösung von Finanzierungs- und Standortproblemen setzt daher eine möglichst enge Abstimmung mit der Krankenhausbedarfsplanung voraus. Soweit bei der Finanzierung das Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht eingreift, stellt der Bund — wie bereits erwähnt — in begrenztem Umfang Förderungsmittel für überregionale und für modellhafte Einrichtungen zur Verfügung.

Das bisherige Nebeneinander von öffentlichen, insbesondere kommunalen und freigemeinnützigen Trägern, wie es sich in der Praxis entwickelt und bewährt hat, sollte grundsätzlich nicht verändert werden.

6.2

Der Aufbau eines bedarfsdeckenden Netzes von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ist — soweit er nicht wie im Bereich der Kriegsopferversorgung bereits erreicht ist — nach übereinstimmender Auffassung aller Stellungnahmen im wesentlichen eine Frage der Finanzierungsmöglichkeiten. Gerade deshalb ist der Abstimmung der Planung und der exakten Bedarfsermittlung zwecks Vermeidung von Überkapazitäten besondere Bedeutung beizumessen. Dabei spielt auch die Frage der Errichtung eigener oder der Belegung fremder Einrichtungen eine wesentliche Rolle, insbesondere im Bereich der Renten- und Krankenversicherung. Vorhandene Bestände müssen geprüft, ggf. angepaßt oder weiterentwickelt werden.

Ferner hat die Größe der Einrichtung Einfluß auf den finanziellen Aufwand. Einrichtungen der Rentenversicherungsträger mit knapp 200 Betten ermöglichen — wie die Träger aufgrund ihrer Erfahrungen berichten — die Beteiligung des leitenden Arztes an der Behandlung einzelner Patienten und die unmittelbare Leitung des medizinischen Bereichs einer Einrichtung. Diese Einheit erlaubt auch noch eine Führung des Patienten, die im Hinblick auf das zunehmende Gewicht der Informativmedizin oder auch der Gesundheitserziehung bedeutungsvoll ist. Wirtschaftliche Erwägungen lassen andererseits — ebenso wie beim Bau von Krankenhäusern — größere Einheiten als zweckmäßig erscheinen. Um die Vorteile der kleineren Einheiten mit den Vorteilen der großen Wirtschaftseinheiten zu verbinden, bemühen sich einzelne Rentenversicherungsträger darum, zentrale Bewirtschaftungs- und auch Therapieeinrichtungen für mehrere Häuser zu schaffen. Der baulich-technische Aufwand läßt sich hierdurch erheblich verringern. Aus denselben Erwägungen wird auch daran gedacht, den Neubau von Kurkliniken im Verbund mehrerer Häuser mit selbständigen ärztlichen und pflegerischen Bereichen, zentraler Verwaltung, Küche etc. sowie Diagnostik und Spezialtherapie zu errichten.

6.3

Im Bereich der Arbeiterrentenversicherung hat die Bundesregierung über die Gestaltung der Bauausgabendringlichkeitsverordnung eine Möglichkeit, Bauvorhaben dieser Rentenversicherungsträger zu steuern. Im Hinblick auf die mit Sicherheit anzuerkennenden Bedürfnisse hat die 2. Bauausgabendringlichkeitsverordnung den Bau von Schwerpunktkliniken und Kurkliniken sowie Diagnosezentren zugelassen, soweit aus der Sicht sämtlicher Rentenversicherungsträger hierfür ein Bedarf besteht. Die für sämtliche Bauvorhaben (einschließlich der dringenden Verwaltungsbauten) zur Verfügung stehenden Mittel sind auf 0,5 v. H. der jährlichen Beitragseinnahmen mit Wirkung vom 1. Januar 1974 festgesetzt worden. Daneben stehen den Trägern der Arbeiterrentenversicherung gemäß § 1383 b Abs. 3 RVO Mittel in Höhe von 5 v. H. des Buchwertes des Verwaltungsvermögens zur Verfügung, die zu dessen Erhaltung zurückgestellt worden sind, und die aus dem Verkauf unwirtschaftlicher oder aus medizinischen Gründen nicht mehr brauchbarer Einrichtungen erzielten Erlöse. Vermögensanlagen und Zuwendungen der Rentenversicherungsträger für den Bau medizinischer Rehabilitationseinrichtungen als zusätzliche Leistungen nach § 1305 RVO stehen mit diesen Regelungen nicht in Einklang.

Die zur Verfügung stehenden Mittel reichen nach Auffassung der Bundesregierung aus, um den mit Sicherheit schon jetzt anzunehmenden Bedarf aller Träger der Rentenversicherung der Arbeiter an er-

forderlichen Um- oder Erweiterungsbauten sowie Neubauten zur Rehabilitation zu decken.

6.4

Die Angestelltenversicherung, die von der Bauausgabendringlichkeitsverordnung nicht erfaßt wird, unterliegt im Hinblick auf ihre Verpflichtung aus dem Finanzausgleich gegenüber der Arbeiterrentenversicherung nach § 1383 c RVO ebenfalls in tatsächlicher Hinsicht finanziellen Beschränkungen. Das wird in besonderem Maße in den nächsten Jahren spürbar werden. Die Neukonzeption der Bauausgabendringlichkeitsverordnung wird auf der Grundlage der vom Verband deutscher Rentenversicherungsträger durchgeführten Untersuchung erfolgen. Die Bundesregierung wird im Rahmen der 3. Bauausgabendringlichkeitsverordnung sicherstellen, daß den Versicherungsträgern unter Berücksichtigung der Finanzlage der Rentenversicherungen und ihrer sonstigen Verpflichtungen die Mittel zur Verfügung stehen werden, die eine zielorientierte Bedarfsplanung im Heilstättenbau erforderlich macht.

6.5

Hinsichtlich der Unfallverletzten mangelt es im rein medizinischen Bereich derzeit insbesondere an Betten für Schwer-Schädel-Hirnverletzte, Schwerverbrannte und Querschnittgelähmte. Eine Lösung dieses Problems haben die Berufsgenossenschaften in ihren Denkschriften aufgezeigt. Es wird nun vorrangig Aufgabe aller beteiligten Stellen sein, hier zu einer abgestimmten Planung zu gelangen, so daß alle Unfallverletzten — gleich welcher Ursache — in gleicher Weise behandelt werden.

6.6

Ob die nach § 1305 RVO von der Rentenversicherung für die Familienangehörigen ihrer Versicherten noch betriebenen Einrichtungen, insbesondere Kinderkurheime, auch nach Vorliegen der Untersuchung des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger noch beizubehalten sind und ob die Krankenkassen angesichts ihrer Struktur und Finanzlage bereit und in der Lage sein werden, sie ohne Nachteile zu übernehmen, wird sich in den nächsten zwei Jahren herausstellen. Dann wird über die in § 41 RehaAnglG enthaltene Konzeption zu entscheiden sein, d. h. auch, ob in einzelnen Gebieten weiterhin ein Bedürfnis für die Beibehaltung der von den Rentenversicherungsträgern gewährten Leistungen besteht.

7 Belegung geeigneter Einrichtungen durch die Rehabilitationsträger

7.1

Die Eignung einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung wird daran zu messen sein, ob in ihr das Ziel einer beim Rehabilitanden indizierten Maßnahme erreicht werden kann. Weiterhin wird es darauf ankommen, daß die Durchführung der Maßnahme innerhalb angemessener Zeit möglich ist. Gerade die Durchführung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen wird nicht schlechthin unterlassen oder unabsehbar aufgeschoben werden können, wenn eine unter allen fachlichen Gesichtspunkten voll geeignete Einrichtung nicht erreichbar ist.

Allerdings wird es neben weiteren Ausbaumaßnahmen einer Intensivierung der Bemühungen um eine Erfassung der Einrichtungen und den Nachweis von Plätzen sowie der Beratung der Behinderten bedürfen, um die Zuweisung der Rehabilitanden in geeignete Einrichtungen zu erleichtern.

7.2

Den Rehabilitationsträgern ist die Gewährung von Rehabilitationsleistungen als gesetzliche Aufgabe zugewiesen. Sie sind daher auch für die Voraussetzungen verantwortlich, unter denen die Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden. Dazu gehört es, daß die Rehabilitationsträger geeignete Einrichtungen entweder selbst bereitstellen oder fremde Einrichtungen nach ihrer Eignung auswählen. Insofern bedarf es keiner besonderen Verpflichtung der Rehabilitationsträger, nur geeignete Einrichtungen zu belegen.

Wie auch die BAR und der Deutsche Städtetag betonten, ließe sich die Übersicht der Träger über geeignete Einrichtungen erheblich verbessern, wenn generell von den Trägergruppen entsprechende Verzeichnisse herausgegeben und auch auf dem laufenden gehalten würden. Dabei sollte auch überlegt werden, für bestimmte Krankheitsarten einen zentralen Nachweis von Betten in fachlich, räumlich und personell dafür geeigneten Einrichtungen zu schaffen. Für eine gewisse Übergangszeit bis zur Deckung des noch offenen Bedarfs an geeigneten Einrichtungen muß der Rehabilitationsträger jeweils im Einzelfall nach pflichtgemäßer Abwägung darüber entscheiden, ob die Einweisung des Behinderten in eine nur bedingt geeignete Einrichtung verantwortet werden kann, weil die Nachteile durch die Verzögerung im Verfahrensablauf überwiegen.

IV. Koordinierung im vorschulischen und schulischen Bereich der Rehabilitation

1 Angebot an geeigneten Einrichtungen

Leitender Gesichtspunkt bei dem Angebot geeigneter vorschulischer Einrichtungen, geeigneter Schulen und anderer schulischer Ausbildungsstätten zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche ist es einerseits auf die spezielle Behinderungsart abgestimmte Hilfen bereitzustellen und andererseits die Gefahr der Isolierung der Betroffenen zu vermeiden. Dies schließt mit ein, daß künftig im Rahmen der Behindertenhilfe die Sonder-

pädagogik mit den medizinischen und sozialpflegerischen Diensten zusammenarbeiten muß.

Die Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung hat deshalb 1973 im Bildungsgesamtplan (BGP) festgelegt, daß eine Umstrukturierung der Sonderschule für Lernbehinderte in dem Maße erfolgen soll, wie die Ausgliederung von Schülern durch spezielle Förderungsmaßnahmen an allgemeinbildenden Schulen vermieden werden kann. Dieses setzt eine Umschichtung der Personal- und Sachmittelansätze zugunsten des allgemeinen Schulwesens entsprechend der Verlagerung der Funktion von Sonderschulen auf das allgemeine Schulwesen voraus (BGP I S. 36).

Daneben soll der Ausbau von besonderen Einrichtungen für spezielle Behinderungsformen, insbesondere im Bereich der weiterführenden Bildungsgänge für körperlich Behinderte und im beruflichen Bildungswesen erfolgen.

Dementsprechend hat die Kultusministerkonferenz die länderübergreifende Entwicklung und Abstimmung von Lehrplänen und Unterrichtsverfahren für die verschiedenen Behinderungsformen in Angriff genommen und folgende Empfehlungen beschlossen:

- Empfehlung zur Ordnung des Sonderschulwesens (16. März 1972)
- Empfehlung über die Entwicklung länderübergreifender Sonderschulen (5. Oktober 1973)
- Empfehlung zur beruflichen Bildung Behinderter und zur Errichtung länderübergreifender beruflicher Schulen für Behinderte (6. Februar 1975).

Außerdem hat der Bund gemeinsam mit den Ländern Projekte insbesondere zur Frage der Ermittlung geeigneter Organisationsformen zur Früherkennung und Frühförderung von behinderten Kindern und zur Verminderung von Sonderschulbedürftigkeit gefördert.

Im Rahmen der gemeinsamen Bildungsplanung haben Bund und Länder bereits berücksichtigt, daß nicht nur im organisatorischen Bereich, sondern auch in der Ausstattung mit Personal und baulichen Maßnahmen die Eignung der Einrichtungen gesichert werden muß und hierfür Planungswerte festgelegt:

Ausbau des Sonderschulwesens (nach BGP, 1973, S. 135)

	1970	1975	1980	1985
Schüler je Lehrer	15,6	14	12	11
Flächenwert qm pro Schüler	6,3	6,9	7,6	8,4

Nach dem im Dezember 1974 vorgelegten mittelfristigen Stufenplan für das Bildungswesen sollen im Zeitraum von 1974 bis 1978 die Schüler-Lehrer-Relation allein bei Lernbehinderten von 15,9 auf 12,4 gesenkt, die Sachinvestitionen in allen sonderpädagogischen Einrichtungen von 200,3 Millionen DM auf durchschnittlich 484 Millionen DM jährlich erhöht und der Flächenrichtwert pro Sonderschüler auf 7 qm heraufgesetzt werden. Im Stufenplan zu Schwerpunkten der beruflichen Bildung wurde der Ausbau des schulischen Angebotes berufsbefähigender Bildungsgänge auf 20 000 Plätze insbesondere für Jugendliche ohne hinreichenden schulischen Abschluß und ohne Ausbildung beschlossen.

Neuere Erhebungen der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung zeigen, daß für die Sonderschulen für Lernbehinderte die Hauptnutzfläche pro Schüler um eine Bandbreite von 5,5 qm bis 8,55 qm streuen und eine Feststellung der Flächenrichtwerte für die übrigen Behinderten wegen des unterschiedlichen Flächenbedarfs bisher nicht möglich war.

Für die weitere Umsetzung der Planung des vorschulischen und schulischen Teils der Rehabilitation sind die Länder zuständig. Dabei stimmen sie sich länderübergreifend in der Kultusministerkonferenz ab.

Für den Sonderschulbereich bestehen in den Ländern Vorschriften für die personelle und räumliche Ausstattung sowie die Aus- und Weiterbildung des Personals.

Nach Auffassung mehrerer Länder sollten auch für vorschulische und schulische Rehabilitationseinrichtungen, soweit sie von freien Trägern unterhalten werden, fachliche Mindestanforderungen festgelegt werden. Die Rehabilitationsträger sollten veranlaßt werden, nur Einrichtungen zu belegen, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Seit Abschluß der Rahmenvereinbarung zwischen Bund und Ländern „Zur koordinierten Vorbereitung, Durchführung und wissenschaftlichen Begleitung von Modellversuchen im Bildungswesen" vom 7. Mai 1971 beteiligt sich der Bund an der Förderung zahlreicher Projekte, die zur Klärung der Einzelfragen beitragen:

- Früherkennung und Frühförderung zum Ausgleich von Behinderungen,
- Fördermaßnahmen für einzelne Behinderungsarten,
- Formen der Integration von behinderten und nichtbehinderten Kindern,
- Maßnahmen zur Erlangung beruflicher Qualifikationen für Behinderte,
- Entwicklung und Erprobung von Medien für spezielle Behinderungsformen,
- Aufhellung des Zusammenhangs zwischen soziokultureller Benachteiligung und Behinderung und Entwicklung entsprechender Förderungsmaßnahmen.

Darunter sind auch mehrere Vorhaben, bei denen für alle Altersgruppen die institutionalisierte Zusammenarbeit der medizinischen und sozialpflegerischen Dienste mit den sonderpädagogischen Einrichtungen entwickelt und erprobt wird.

2 Schaffung eines bedarfsdeckenden Netzes von Einrichtungen

Für die Errichtung geeigneter Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Zahl kann im Bereich der Sonderpädagogik von einem Anteil von 5 v. H. bis 6 v. H. Behinderter in der Gruppe der Gleichaltrigen ausgegangen werden [vgl. Bildungsgesamtplan 1973; Empfehlung für die Ordnung des Sonder-

schulwesens der KMK vom 16. Mai 1972; Deutscher Bildungsrat (BR) „Zur Pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher" vom 12./13. Oktober 1972].

Die für die weiteren Maßnahmen zugrundezulegende Aufteilung nach Behinderungsarten stößt nach wie vor auf Schwierigkeiten, weil die Auffassungen der Sachverständigen hier zu stark differieren. Nach Aussage einiger Länder liegen Bedarfserhebungen im Sonderschulbereich vor. Im Bereich der Sonderschulen sind die Pläne der Länder und der Schulträger zur Schulentwicklung maßgebend. Diese gehen in einigen Ländern in die regionale Sonderschulentwicklungsplanung ein.

Nachstehender Vergleich der Planungsdaten der „Empfehlung zur Ordnung des Sonderschulwesens" der Kultusministerkonferenz und der Empfehlung der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates (Bezugsjahr 1985) verdeutlicht die Unterschiedlichkeit der Auffassungen.

Behindertenart	Behindertenquote	
	KMK [1])	BR
Blinde	0,015	0,012
Gehörlose	0,050	0,050
Geistigbehinderte	0,600	0,600
Körperbehinderte	0,200	0,300
Lernbehinderte	4,000	2,500
Schwerhörige	0,180	0,300
Sehbehinderte	0,100	0,300
Sprachbehinderte	0,500 [2])	0,700
Verhaltensgestörte	1,000	1,000

Nach Meinung mehrerer Länder liegt das Hauptproblem eines bedarfsdeckenden Angebots in der Finanzierung, da geeignete vorschulische und schulische Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Zahl nur durch ein erhebliches Mehr an Aufwendungen bereitgestellt werden können.

Ferner sollte auch sichergestellt werden, daß die bisherige Tendenz der Massierung verschiedener Behinderungsformen an wenigen Standorten und im Internat nicht fortgesetzt wird, um die erforderliche Heimunterbringung auf ein Mindestmaß zu beschränken und kürzere Fahrwege zu erreichen.

Die sonderpädagogische Versorgung im Vorschulbereich wird in den Ländern vorwiegend in speziellen Kindertagesstätten gesichert. Daneben existieren verschiedene Maßnahmen, wie z. B. Heimbetreuung, Förderung im Rahmen von Hausbesuchen, die von den Ländern systematisch weitergeführt werden.

[1]) Nach „Entwicklungsplan für das Sonderschulwesen in der Bundesrepublik Deutschland", Manuskript.

[2]) Der „Entwicklungsplan" geht von 0,5 v. H. aus, in der „Empfehlung zur Ordnung des Sonderschulwesens" wird darüber hinaus mit 1,0 v. H. ambulant Therapiebedürftigen gerechnet.

(Quelle: Deutscher Bildungsrat, Empfehlungen der Bildungskommission, „Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher", 1973, S. 153)

Die Versorgung schulpflichtiger Behinderter wurde in den letzten Jahren durch Einrichtung von Sonderschulen für verschiedenste Behinderungsarten gesichert. Außerdem gelang es, für spezielle, selten vorkommende Behinderungsarten länderübergreifend zentrale Schulen einzurichten. Dies gilt auch für Schulen für Behinderte, die zum Realschulabschluß oder Abitur führen. An diese Schulen sind teilweise Internate angegliedert.

Insgesamt erhöhte sich die Zahl der vorschulischen und schulischen Einrichtungen für spezielle Behinderungsformen in dem Zeitraum von 1965 bis 1974 um mehr als 150 v. H. Im gleichen Zeitraum verdoppelte sich die Zahl der Schüler, die durch gezielte pädagogische Betreuung besonders gefördert wurden.

In den letzten Jahren werden vermehrt Versuche unternommen, die Sonderschule aus ihrer Isolation zu befreien und eine Zusammenarbeit mit anderen Schulen zu institutionalisieren. Auch gibt es vermehrt Sonder-, Förder- bzw. Beobachtungsklassen an den allgemeinbildenden Schulen. Diese Maßnahmen tragen dazu bei, eine Abtrennung Behinderter zu verhindern und erleichtern einen Übergang in andere Schulen. Ein relativ neues Problem stellt die Förderung von drogenabhängigen Kindern und Jugendlichen dar. Diese werden in der Regel außerhalb der Schule therapeutisch betreut.

Zur Zeit stellt die Versorgung behinderter Jugendlicher mit adäquaten Berufsschulen und sonstigen schulischen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation eines der größten Probleme dar, da es hier am stärksten an geeigneten Einrichtungen fehlt. Es gibt in verschiedenen Ländern Berufssonderschulen für bestimmte Behinderungsarten und Bereiche sowie Versuche zur Einführung des Berufsgrundschuljahres für Jugendliche mit spezifischen Behinderungen.

3 Abstimmung der Planungen

Grundlage der überregionalen Planung von vorschulischen und schulischen Rehabilitationseinrichtungen sind die von der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung beschlossenen Planungswerte.

Für die Regelungen zur Bedarfsdeckung und zum regionalen Ausgleich der Rehabilitationsmaßnahmen sind die Länder zuständig. Der Bund beteiligte sich auch hierbei mit der Förderung von Modellversuchen im Bereich der regionalen Entwicklungsplanung für verschiedene Einrichtungen der Behindertenhilfe. Die Verantwortlichkeit für die Planung eines bedarfsdeckenden Angebots an vorschulischen und schulischen Einrichtungen sollte nicht auf Stellen außerhalb der staatlichen Verwaltung verlagert werden.

Im Bereich der Sonderschulen, die Schüler im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht betreuen, sind die Pläne der Länder und der Schulträger zur Schulentwicklung maßgebend. Länderübergreifend nimmt hier die Kultusministerkonferenz Koordinationsaufgaben wahr.

V. Koordinierung im berufsfördernden Bereich der Rehabilitation

1 Ausgangslage

Unsere Rechtsordnung gibt dem Bund auch im Bereich der beruflichen Rehabilitation nur eine sehr eng begrenzte Verwaltungszuständigkeit. Die Zuständigkeit liegt in erster Linie bei den Ländern, Kommunen und Rehabilitationsträgern. Lediglich bei der Planung und Finanzierung überregionaler Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation besteht daneben auch eine Zuständigkeit des Bundes.

Aufgrund dieser Rechtslage sind auch der Erfüllung des Koordinierungsauftrages im § 62 Abs. 1 des Arbeitsförderungsgesetzes (AFG) Grenzen gesetzt. Dort ist bestimmt:

> „Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat darauf hinzuwirken, daß die Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung Behinderter aufeinander abgestimmt werden. Er hat die anderen Bundesminister und die obersten Landesbehörden zu beteiligen."

Dieser Koordinierungsauftrag hat die sich aus der Verfassung ergebende Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Bund und Ländern nicht verändert. Die primäre Verwaltungszuständigkeit der Länder ist ebenso wenig wie die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger durch das Arbeitsförderungsgesetz eingeschränkt worden. Der Bund ist deshalb bei der Erfüllung seines Koordinierungsauftrages weitgehend auf die freiwillige Zusammenarbeit aller Beteiligten angewiesen.

2 Bilanz des Erreichten

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat die ihm in § 62 Arbeitsförderungsgesetz zugewiesene Aufgabe mit den zu Gebote stehenden Mitteln alsbald nach Inkrafttreten des Arbeitsförderungsgesetzes in Angriff genommen. Auf der Grundlage des „Aktionsprogramms der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten" ist es ihm gelungen, im institutionellen Bereich der beruflichen Rehabilitation weitgehend einheitliche Leitvorstellungen bei allen Beteiligten herbeizuführen. Der Deutsche Bundestag hat den Erfolg der Koordinierungsbemühungen in seiner Begründung zur Entschließung vom 20. Juni 1974 ausdrücklich anerkannt.

2.1

In Koordinierungsgesprächen mit allen beteiligten Stellen ist ein Grundkonzept der zur beruflichen Rehabilitation der Behinderten notwendigen Rehabilitationseinrichtungen erarbeitet worden, das heute allgemein anerkannt ist. Es geht davon aus, daß ein großer Teil der Behinderten mit geeigneten Hilfen in die allgemeinen Bildungs- und Arbeitsstätten integriert werden kann. Für Behinderte jedoch, deren Behinderungsauswirkungen besondere Anforderungen an die räumliche, personelle und organisatorische Ausgestaltung der Bildungs- und Arbeitsstätten stellen, muß ein differenziertes System von Rehabilitationseinrichtungen als überbetriebliche Ausbildungsstätten geschaffen werden, das den unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen der Behinderten gerecht wird. Dieses ist eingeordnet in das allgemeine berufliche Bildungsangebot. Im einzelnen werden folgende Arten beruflicher Rehabilitationseinrichtungen unterschieden:

- Berufsförderungswerke für die berufliche Bildung und Eingliederung der behinderten Erwachsenen,
- Berufsbildungswerke für die berufliche Bildung und Eingliederung der behinderten Jugendlichen,
- Werkstätten für Behinderte, denen der allgemeine Arbeitsmarkt vorübergehend oder auf Dauer nicht zugänglich ist,
- Rehabilitationszentren für medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, in denen gleichlaufend mit der medizinischen Rehabilitation auch die Rückkehr ins berufliche Leben vorbereitet wird.

Wegen der näheren Einzelheiten zu diesen Einrichtungen kann auf den Bericht der Bundesregierung über „gesetzliche Initiativen zur Verbesserung der Leistungen an Behinderte und die Errichtung von Rehabilitationsstätten" (Drucksache 7/4535, S. 9/10) Bezug genommen werden.

Soweit diese Einrichtungen von überregionaler Bedeutung sind und der Bund deshalb eine Finanzierungskompetenz besitzt, hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung maßgeblich zu einem raschen Aufbau der danach notwendigen Rehabilitationseinrichtungen beigetragen.

Ein mit allen Beteiligten abgestimmtes Netz von 21 Berufsförderungswerken mit etwa 12 000 Ausbildungs- und Internatsplätzen ist nahezu aufgebaut. Die Planung von 20 überregionalen Berufsbildungswerken ist im Grundsatz abgeschlossen und zu einem guten Teil bereits verwirklicht. Derzeit sind sieben Berufsbildungswerke ganz oder teilweise in Betrieb, sechs Werke sind im Bau und sieben in der Planung. Die Planung der Berufsbildungswerke ist auch Teil des im Juni 1975 von der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung verabschiedeten Stufenplans zu Schwerpunkten der beruflichen Bildung.

Die Werkstätten für Behinderte sind regionale Einrichtungen. Eine Förderungskompetenz des Bundes besteht derzeit nur im Zonenrandgebiet. Hier ist gemeinsam mit der Bundesanstalt für Arbeit und den Ländern eine große Zahl von Werkstätten neu aufgebaut worden.

Bei den Rehabilitationszentren für medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen (Einrichtungen

der II. Phase) wird derzeit noch keine bedarfsdeckende Lösung angestrebt. In diesen Modellzentren für die sozialmedizinisch bedeutsamsten Krankheits- und Behinderungsarten sollen zunächst Erfahrungen gesammelt werden, die später einem Gesamtkonzept zugrunde gelegt werden könnten. Derzeit sind im Bundesgebiet vier derartige Modellzentren in der Erprobung. Da hier zunächst die Fragen der Bedarfsdeckung noch nicht anstehen und bei der geringen Zahl derartiger Einrichtungen Koordinierungsprobleme nicht bestehen, wird im Rahmen dieses Berichts auf diese Einrichtungen nicht weiter eingegangen.

2.2

Bei der Planung und Finanzierung der überregionalen und vom Bund mitgeförderten Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ist das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung jeweils koordinierend tätig. Zur Abstimmung von grundsätzlichen Fragen der Konzeption einschließlich der Bedarfsplanung und regionalen Verteilung finden Koordinierungsgespräche unter Beteiligung der Länder, der Rehabilitationsträger und der im institutionellen Bereich tätigen Träger der freien Wohlfahrtspflege statt. Zur Beratung bei der fachlichen und baulichen Planung der einzelnen Einrichtungen ist eine im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung tätige „Beratungsstelle für Rehabilitationseinrichtungen" eingerichtet worden, die die staatlichen Baubehörden und die Bundesanstalt für Arbeit bei ihren Aufgaben unterstützt. Um die Planung und Finanzierung auf möglichst breiter Grundlage abzustimmen, finden in der Regel auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung gemeinsame Planungsgespräche mit dem Träger der Einrichtung, den Ländern und den Rehabilitationsträgern statt.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat ferner die Initiative zu einer abgestimmten Planung eines bundesweiten Netzes von leistungsfähigen Werkstätten für Behinderte ergriffen, auch soweit diese wegen ihres regionalen Einzugsbereichs vom Bund nicht unmittelbar gefördert werden können. 1974 wurde gemeinsam mit der Bundesanstalt für Arbeit eine „Zentrale Beratungsstelle für Werkstätten für Behinderte" eingerichtet. Ihre Hauptaufgabe ist es, durch gutachtliche Stellungnahmen zu den bei der Bundesanstalt für Arbeit eingehenden Förderungsanträgen eine einheitliche Konzeption der Werkstätten, insbesondere hinsichtlich der Bauplanung und des Raumprogramms sicherzustellen. Wie in der Antwort der Bundesregierung (Drucksache 7/3999) auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktion betreffend Werkstätten für Behinderte ausgeführt wurde, findet auf der Grundlage der dabei gesammelten Erfahrungen gegenwärtig eine umfassende Diskussion aller Beteiligten über die Konzeption der Werkstätten für Behinderte statt.

2.3

Als wertvolle Hilfe bei den Koordinierungsbemühungen hat sich die von der Bundesregierung angeregte Gründung von Arbeitsgemeinschaften der Berufsförderungswerke und der Berufsbildungswerke erwiesen. Für die Werkstätten für Behinderte ist deshalb vor kurzem gleichfalls eine Arbeitsgemeinschaft auf Bundesebene gegründet worden.

Diese Arbeitsgemeinschaften dienen dem gegenseitigen Erfahrungsaustausch der einzelnen Einrichtungen und fördern somit eine gleichmäßige Entwicklung der beruflichen Rehabilitation im Bundesgebiet. Sie sind ferner ein unerläßlicher Partner aller beteiligten Stellen bei der Planung von Rehabilitationseinrichtungen und der Klärung fachlicher Zielvorstellungen.

3 Notwendige Maßnahmen

3.1

Die bisherige Koordinierung im berufsfördernden Bereich der Rehabilitation durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach § 62 Arbeitsförderungsgesetz hat sich bewährt. Die Bundesregierung hält deshalb deren Fortführung für notwendig. Sie erwartet vor allem von dem nach § 32 Schwerbehindertengesetz eingerichteten „Beirat für die Rehabilitation der Behinderten" eine wirksame Unterstützung der bisherigen Koordinierungspraxis. Dem Beirat gehören neben den Ländern alle in der beruflichen Rehabilitation maßgebenden Organisationen an. Mit der Konstituierung des Beirats im September 1975 ist deshalb ein wichtiger Schritt zur Beschleunigung des Koordinierungsverfahrens getan worden. Die Bundesregierung wird großen Wert auf eine intensive Zusammenarbeit mit dem Beirat legen.

3.2

Das dargestellte Koordinierungsverfahren und dessen Erfolge beziehen sich im wesentlichen auf die Einrichtungen der Rehabilitation, bei denen der Bund eine gemeinsame Finanzierungskompetenz mit den übrigen beteiligten Stellen besitzt. Zusätzliche Maßnahmen erscheinen dort notwendig, wo dies nicht der Fall ist. Dies gilt für die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation mit nur regionalem Einzugsbereich und vor allem für Einrichtungen, die eine öffentliche Finanzierungshilfe bisher nicht in Anspruch nehmen. Eine im Bundesgebiet einheitliche fachliche Ausgestaltung dieser Einrichtungen kann nur durch die verbindliche Festlegung fachlicher Mindestanforderungen an die personelle, räumliche und sachliche Ausstattung gesichert werden.

Auch die überwiegende Zahl der vorliegenden Stellungnahmen der Länder, der Behindertenverbände und der Rehabilitationseinrichtungen selbst hält verbindliche fachliche Mindestanforderungen für notwendig.

Als wesentliche Gründe werden genannt:

Behinderte, die in besonderen Rehabilitationseinrichtungen auf das Arbeitsleben vorbereitet oder beschäftigt werden müssen, haben in der Regel keine Wahl zwischen mehreren Ausbildungs- oder Beschäftigungsstätten. Sie haben deshalb ein besonders schutzwürdiges Interesse an einer ordnungsmäßigen

Durchführung der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen. Es muß ferner angestrebt werden, daß im Bundesgebiet einheitliche fachliche Gesichtspunkte gelten und angewandt werden.

Bedenken gegen die Aufstellung fachlicher Mindestanforderungen werden vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung vorgebracht.

Es führt aus:

> ‚Sobald gesicherte Erfahrungen vorliegen, wirken fachliche Mindestanforderungen weitgehend nur beschreibend, drohen aber andere Entwicklungen zu beschneiden. Werden die fachlichen Anforderungen hoch festgelegt, ergibt sich daraus in gleichem Maße ein hoher Personal- und Finanzbedarf. Sind die fachlichen Anforderungen niedrig, sind die Richtlinien unter Umständen überflüssig. Mindestanforderungen sollten bei dieser Sachlage daher nur dann und insoweit erlassen werden, als sie für die Durchführung gesetzlich fixierter Aufgaben, wie z. B. Schulaufsicht, Heimaufsicht, Durchführung eines förmlichen Anerkennungsverfahrens unerläßlich sind. Öffentliche Geldgeber sollten sich auf allgemein formulierte „Förderungshinweise" beschränken.'

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bringt den Standpunkt der Sozialversicherungsträger wie folgt zum Ausdruck:

> „Die Träger befürworten die Festlegung von fachlichen Mindestanforderungen für die Rehabilitationseinrichtungen. Bedingt durch den wissenschaftlichen und technischen Fortschritt kann es hier aber kein Festschreiben des gegenwärtigen Zustands geben. Die Mindestanforderungen sind jeweils den bestehenden Erfordernissen anzupassen. Das bedingt eine größtmögliche Flexibilität. Aus diesem Grunde sind die Träger der Ansicht, daß ein Fortschreiben der Mindestanforderungen und das Schließen noch vorhandener Lücken nur durch praxisnahe Regelungen der davon betroffenen Partner, wie z. B. der sozialen Selbstverwaltung, so durch Richtlinien, Vereinbarungen, Anordnungen und ähnliches und nicht durch Gesetz erfolgen soll. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, daß nur Anforderungen gestellt werden sollten, die mit den finanziellen Mitteln in Einklang zu bringen sind."

Die Berufsbildungswerke befürworten eine „Delegation an die Selbstverwaltungsorgane der Verbände, durch die (für den Problemkreis der fachlichen Mindestanforderungen) vorzugsweise auch eine Beratung der Rehabilitationsträger geschehen muß. Der Vorrang einer Beratungspflicht durch die Verbände, die in Absprache mit den zuständigen staatlichen Institutionen Richtlinien erstellen, die nach den sich jeweils veränderten Situationen fortschreibbar sind, erscheint unverzichtbar".

3.3

Um für die Berufsförderungswerke und Berufsbildungswerke sowie die gleichartigen Einrichtungen fachliche Mindestanforderungen bundeseinheitlich regeln zu können und damit eine Gleichbehandlung aller Behinderten unabhängig von ihrem Ausbildungsort zu gewährleisten, hat die Bundesregierung im Entwurf eines Berufsbildungsgesetzes (Drucksache 7/3714) vorgeschlagen, daß diese Einrichtungen einer Anerkennung bedürfen. Die besonderen Eignungsvoraussetzungen sollen durch Rechtsverordnung des zuständigen Bundesministers näher festgelegt werden. Das Bundesinstitut für Berufsbildung hat darüber zu wachen, daß die Ausbildungsstätten den besonderen Erfordernissen Behinderter Rechnung tragen, insbesondere hinsichtlich Art und Umfang der ausbildungsbegleitenden, personellen und sachlichen Betreuung sowie der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Berufsausbildung Behinderter. Es ist ferner vorgesehen, daß das Personal dieser Einrichtungen für die berufliche Bildung Behinderter über eine besondere Eignung verfügen muß. Wegen der Verweigerung der Zustimmung des Bundesrates zu diesem Vorhaben können diese Regelungen zunächst nicht in Kraft treten.

Die Bundesregierung sieht auch weiterhin im baldigen Wirksamwerden dieser Vorschriften des Berufsbildungsgesetzes, die die im Schwerbehindertengesetz für Werkstätten für Behinderte bereits getroffenen Regelungen ergänzen, eine wichtige Voraussetzung für die weiteren Koordinierungsbemühungen. Ohne diese Regelungen wird es auf den Gebieten, in denen der Bund keine eigene Verwaltungszuständigkeit besitzt, nicht möglich sein, die bisherigen Koordinierungsbemühungen weiterzuentwickeln.

Für die Werkstätten für Behinderte hat das Schwerbehindertengesetz in § 52 bereits von Gesetzes wegen allgemeine fachliche Anforderungen aufgestellt. Werkstätten, die die im Schwerbehindertengesetz vorgesehenen Vergünstigungen in Anspruch nehmen wollen, müssen diese Voraussetzungen erfüllen. Hierüber wird in einem Anerkennungsverfahren entschieden. Die Einzelheiten der dabei maßgebenden fachlichen Anforderungen können durch Rechtsverordnung nach § 55 Abs. 3 Schwerbehindertengesetz geregelt werden. Diese Rechtsverordnung ist bisher noch nicht ergangen. Die grundsätzlichen Vorstellungen der Bundesregierung dazu sind in ihrer Antwort (Drucksache 7/3999) auf eine Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktion dargelegt worden; hierauf wird Bezug genommen. Die Einzelheiten müssen mit allen Beteiligten noch abgestimmt werden, erst dann wird der Entwurf einer Rechtsverordnung vorgelegt.

Dabei ist die Bundesregierung in Übereinstimmung mit zahlreichen eingegangenen Stellungnahmen der Auffassung, daß fachliche Anforderungen für Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nicht zuletzt auch im Hinblick auf die finanziellen Möglichkeiten aller Beteiligten nur ein Mindestmaß regeln können und so flexibel sein müssen, daß der organische Aufbau der notwendigen Zahl von Rehabilitationseinrichtungen gesichert bleibt und fachliche Weiterentwicklungen jederzeit möglich sind. Mindestanforderungen können deshalb erst nach eingehender Beratung mit allen betroffenen Organisationen und den zuständigen staatlichen Stellen erlassen werden. Sie müssen ständig überprüft werden.

3.4

Auf welche Weise kann sichergestellt werden, daß zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen

nur geeignete Einrichtungen angeboten und in Anspruch genommen werden?

Die Qualität der Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation ist derzeit im Bundesgebiet noch nicht einheitlich. Neben Einrichtungen mit einer hervorragenden räumlichen, personellen und sachlichen Ausstattung stehen Einrichtungen, die nur bedingt für eine ordnungsgemäße Durchführung der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen geeignet sind. Die derzeitige und mittelfristige Bedarfssituation läßt einen Verzicht der Rehabilitationsträger auf die Belegung der weniger geeigneten Einrichtungen nicht zu. Die Frage der Sicherstellung der fachlichen Qualität aller Rehabilitationseinrichtungen ist deshalb von großer Bedeutung.

Soweit der Bau von Rehabilitationseinrichtungen aus öffentlichen Mitteln finanziert wird, ist die Mittelvergabe in aller Regel mit den notwendigen fachlichen Auflagen verbunden. Vor allem ist dies bei den Berufsförderungswerken, Berufsbildungswerken und Werkstätten für Behinderte geschehen, die in den letzten Jahren im Rahmen des „Aktionsprogramms der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten" unter finanzieller Mitwirkung des Bundes aufgebaut worden sind. Die fachliche Qualität dieser Einrichtungen hat in vielen Fällen beispielgebend auch auf andere Institutionen gewirkt, die nicht aus öffentlichen Mitteln gefördert worden sind. Vor allem die Konzeption der Berufsförderungswerke ist auch von zahlreichen anderen Einrichtungen anerkannt worden.

Allerdings hat sich die Gestaltungsmöglichkeit der Geldgeber in und über die geförderten Rehabilitationseinrichtungen als nicht ausreichend erwiesen, um im gesamten institutionellen Bereich der beruflichen Rehabilitation einheitliche und befriedigende Verhältnisse zu schaffen. Auch eine Einflußnahme durch die einzelnen Rehabilitationsträger bei der Belegung von Einrichtungen hat sich als nicht ausreichend erwiesen. Sie ist begrenzt durch die große Zahl der in Frage kommenden Rehabilitationsträger und deren rechtliche Selbständigkeit. Hinzu kommt, daß in den Berufsförderungswerken und Berufsbildungswerken primär Aufgaben der beruflichen Bildung durchgeführt werden, für die eine eigene Sachzuständigkeit der Rehabilitationsträger nicht besteht.

Soweit Einrichtungen unter den Geltungsbereich des Berufsbildungsgesetzes fallende Bildungsmaßnahmen durchführen, sind die danach zuständigen Stellen beauftragt, über die Eignung einer Ausbildungsstätte zu wachen. Dabei hat es sich bisher als nachteilig erwiesen, daß über die besonderen Anforderungen, die an Bildungsstätten für Behinderte gestellt werden müssen, allgemein verbindliche Normen nicht vorhanden sind. Aus diesem Grunde ist es noch nicht gelungen, im Bundesgebiet einheitliche Rehabilitationsbedingungen zu verwirklichen.

Die Bundesregierung ist deshalb — wie bereits ausgeführt — der Auffassung, daß die fachliche Eignung der Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation in allen Bereichen nur durch die verbindliche Aufstellung von fachlichen Mindestanforderungen sichergestellt werden kann. Für die Werkstätten für Behinderte sind die dafür notwendigen gesetzlichen Grundlagen im Schwerbehindertengesetz bereits geschaffen. Für die in den Anwendungsbereich des Berufsbildungsgesetzes fallenden Einrichtungen ist eine entsprechende Regelung in dem von der Bundesregierung eingebrachten, aber an der Zustimmung des Bundesrates gescheiterten Entwurf eines Berufsbildungsgesetzes enthalten.

3.5

Welche Maßnahmen sind erforderlich, damit geeignete Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen?

Die Bedarfsermittlungen für die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sind vor allem deshalb schwierig, weil der Bedarf davon abhängt, inwieweit die Behinderungsauswirkungen im Einzelfall einer Integration in die allgemeinen Bildungs- oder Arbeitsstätten entgegenstehen und die Aufnahme in eine besondere Rehabilitationseinrichtung erforderlich machen. Der Bedarf wird deshalb maßgebend beeinflußt von der Struktur und der behindertengerechten Ausgestaltung der allgemeinen Bildungs- und Arbeitsstätten und deren Veränderungen. Maßgebend ist ferner die Bereitschaft der Behinderten oder ihrer Familien, eine Rehabilitationseinrichtung in Anspruch zu nehmen. Bei den Berufsförderungswerken und Berufsbildungswerken schließlich ist der Bedarf auch davon abhängig, in welchem Umfang die Rehabilitationsträger dem einzelnen Behinderten eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation bewilligen. Diese im Einzelfall zu treffende Entscheidung ist von einer ganzen Reihe individueller Faktoren abhängig, aber auch von Veränderungen in den objektiven Gegebenheiten, zum Beispiel in der Arbeitsmarktsituation und in Zahl und Qualität der verfügbaren Rehabilitationsplätze. Aus den genannten Gründen kann der Bedarf an Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation zahlenmäßig nicht exakt und in gleichbleibender Weise festgelegt werden. Notwendig ist vielmehr eine ständige Anpassung der Planungen an neue Entwicklungen. Die Bundesregierung hat das dazu Notwendige veranlaßt, sie erörtert regelmäßig in Koordinierungsgesprächen mit allen beteiligten Stellen die Bedarfssituation und die sich daraus ergebenden Notwendigkeiten für die Planung. Diese Daten und die bei den Ländern und Rehabilitationsträgern zusätzlich verfügbaren Erkenntnisse sind Grundlage für die Finanzplanung der an der Finanzierung der Investitionskosten beteiligten Stellen.

Die Aufwendungen des Bundes, der Länder und Rehabilitationsträger für den Bau der notwendigen Zahl von Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation konnten dadurch in den letzten Jahren erheblich gesteigert werden. Allein das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat in den Jahren von 1970 bis 1975 rd. 250 Millionen DM für diesen Zweck zur Verfügung gestellt. Dem stehen in den Jahren 1962 bis 1969 nur 29 Millionen DM gegenüber. Bei den einzelnen Einrichtungsarten stellt sich die Situation wie folgt dar:

Berufsförderungswerke

Die Bundesregierung erhebt seit 1972 in jährlichem Abstand bei allen Rehabilitationsträgern die Zahl der von diesen bewilligten Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation und deren Dauer. Die daraus abzuleitende Zahl an Rehabilitationsplätzen besagt allerdings nichts darüber, inwieweit diese in besonderen Rehabilitationseinrichtungen vorhanden sein müssen. Dazu sind regelmäßige besondere Untersuchungen notwendig, die mit den in den Berufsförderungswerken gewonnenen Erfahrungen abgestimmt werden müssen. Nach den bisherigen Erkenntnissen ist die Bundesregierung der Auffassung, daß die mit den Ländern und den Rehabilitationsträgern abgestimmte Planung von 21 Berufsförderungswerken mit etwa 12 000 Ausbildungsplätzen den Bedarf für Behinderte mit besonderen Behinderungsauswirkungen vorerst abgedeckt. Sie wird die weitere Entwicklung in Abstimmung mit allen Beteiligten sorgfältig beobachten. Dies wird vor allem in Zusammenarbeit mit dem Beirat für die Rehabilitation der Behinderten (§ 32 Schwerbehindertengesetz) geschehen.

Berufsbildungswerke

Die Bundesregierung hat gemeinsam mit der Bundesanstalt für Arbeit und dem Land Baden-Württemberg eine erste empirische Erhebung unter den dort aus den Sonderschulen abgehenden behinderten Jugendlichen zu der Frage durchgeführt, inwieweit eine Berufsausbildung in Berufsbildungswerken erforderlich ist. Dabei ergab sich ein auf das Bundesgebiet hochgerechneter Platzbedarf von etwa 20 000 Ausbildungsplätzen in den Berufsbildungswerken. Dazu sind jedoch ergänzende Erfahrungen in neu errichteten Berufsbildungswerken zu sammeln. Denn es wird entscheidend darauf ankommen, inwieweit und in welcher Form die behinderten Jugendlichen selbst und ihre Eltern bereit sind, Berufsbildungswerke in Anspruch zu nehmen. Ferner ist bedeutsam, inwieweit in den allgemeinen Ausbildungsstätten Ausbildungsplätze für Behinderte bereitgestellt werden können. Die Bundesregierung wird diese Fragen im Zuge des Aufbaues der zunächst geplanten Berufsbildungswerke eingehend prüfen und die dann notwendigen Schritte in Abstimmung mit den Ländern und der Bundesanstalt für Arbeit einleiten.

Werkstätten für Behinderte

Der Bedarf an Plätzen in Werkstätten für Behinderte wird mittelfristig auf rd. 60 000 geschätzt. Diese Zahl beruht auf bisher gewonnenen Erfahrungen und einer Hochrechnung des erfahrungsgemäß auf einen Geburtsjahrgang entfallenden Anteils geistig Behinderter. Dabei wird davon ausgegangen, daß die Werkstätten für Behinderte maßgeblich von geistig Behinderten in Anspruch genommen werden müssen. Die Bundesregierung wird im Rahmen der z. Z. mit allen Beteiligten geführten Diskussion über die an die Werkstätten für Behinderte zu stellenden fachlichen Anforderungen auch die Bedarfsfrage einer eingehenden Prüfung unterziehen.

Bei der weiteren Beobachtung des Bedarfs an beruflichen Rehabilitationsplätzen wird auch die nach § 51 Schwerbehindertengesetz einzuführende Bundesstatistik wichtige Daten liefern. Die Durchführung dieser Statistik ist in Vorbereitung.

3.6

Wie kann gewährleistet werden, daß die Planungen besser aufeinander abgestimmt werden, damit einerseits ein bedarfsdeckendes Angebot erreicht, zum anderen aber die Gefahr von Überkapazitäten vermieden wird?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß durch eine Fortführung der bisherigen Koordinierungstätigkeit und deren Intensivierung die notwendige Abstimmung der Planungen im institutionellen Bereich der Rehabilitation gewährleistet werden kann. Für eine Abstimmung der Planung von überregionalen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation hat sich die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 62 Arbeitsförderungsgesetz durchgeführte Koordinierung bewährt. Durch die Schaffung des „Beirats für die Rehabilitation der Behinderten" in § 32 Schwerbehindertengesetz ist auch künftig gewährleistet, daß bei der Koordinierung alle Beteiligten eng zusammenwirken und alle Gesichtspunkte zur Geltung kommen.

Für die notwendige Zusammenarbeit der Rehabilitationseinrichtungen selbst bieten die jeweils bestehenden Arbeitsgemeinschaften der Berufsförderungswerke, der Berufsbildungswerke und der Werkstätten für Behinderte eine geeignete Grundlage. Die Bundesregierung wird auch künftig auf eine Intensivierung der Arbeit in diesen Arbeitsgemeinschaften hinwirken. Dabei wird sie insbesondere Wert darauf legen, daß das Angebot an Rehabilitationsplätzen in den einzelnen Einrichtungen transparent ist und notwendige Weiterentwicklungen in gegenseitiger Abstimmung stattfinden.

Die Koordinierungsbemühungen der Bundesregierung stellen einen Rahmen dar, der durch eine entsprechende Koordinierung auf Landesebene ergänzt werden muß. Dabei wird es insbesondere darauf ankommen, die Planung überregionaler Einrichtungen mit den regionalen Gegebenheiten abzustimmen und einen Verbund zwischen überregionalen und regionalen Einrichtungen herzustellen. Die Bundesregierung wird auch künftig alle Bemühungen der Länder unterstützen, für den regionalen Bereich klare Planungsgrundlagen zu erarbeiten. In einigen Ländern ist dies bereits geschehen.

VI. Koordinierung im sozialen Bereich der Rehabilitation

Die Einrichtungen zur sozialen Rehabilitation Behinderter haben ein weites Spektrum unterschiedlicher Aufgaben und sind von den speziellen Bedürfnissen am Standort in besonderem Maße abhängig. Dementsprechend gibt es zahlreiche Arten nach Struktur und Größe unterschiedlicher Einrichtungen, unter denen Wohn-, Pflege-, Therapie- und Gemeinschaftseinrichtungen sowie Einrichtungen der Freizeitgestaltung besonders hervorzuheben sind. Die unter III. 1 gemachten grundsätzlichen Ausführungen über die Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern gelten für Einrichtungen im sozialen Bereich der Rehabilitation entsprechend.

1 Angebot an geeigneten Einrichtungen

Ein Teil der Einrichtungen, die der sozialen Rehabilitation von Behinderten dienen, fällt unter das Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimgesetz) vom 7. August 1974 — Bundesgesetzbl. I S. 1873 —. Es handelt sich dabei um Einrichtungen für volljährige Behinderte, soweit sie nicht Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, Krankenhäuser oder Tageseinrichtungen sind. Das Gesetz hat den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung die baulichen und personellen Anforderungen der von diesem Gesetz erfaßten Einrichtungen näher zu regeln. Diese Verordnung konnte jedoch wegen finanzieller Bedenken der Länder noch nicht erlassen werden. Der dem Bundesrat zur Zustimmung vorgelegte Entwurf enthielt allerdings für die baulichen Anforderungen bei Einrichtungen der Rehabilitation keine Regelung, weil gesicherte Erkenntnisse in diesem Bereich bisher nicht vorliegen.

Auch für diejenigen Einrichtungen der sozialen Rehabilitation, die nicht unter das Heimgesetz fallen, sollte — nicht zuletzt wegen der Vielfalt der in Betracht kommenden Rehabilitationsstätten — eine verbindliche Fixierung fachlicher Mindestanforderungen zunächst nicht erfolgen. Sobald die Rechtsverordnung nach dem Heimgesetz erlassen ist und in deren sachlichem Geltungsbereich ausreichende Erfahrungen vorliegen, sollte die Frage einer verbindlichen Fixierung jedoch erneut geprüft werden. Zunächst sollte eine gewisse Vereinheitlichung durch administrative Maßnahmen wie etwa Sammlung von Erfahrungswerten, Austausch von Informationen und Konzentrierung der Zuständigkeiten für die bautechnische Prüfung oder Begutachtung angestrebt werden.

Eine Standardisierung, wie sie bei den Berufsförderungswerken, den Berufsbildungswerken und den Werkstätten für Behinderte bereits erreicht ist, wird jedoch wegen der Vielfalt der Einrichtungen im sozialen Bereich noch umfangreicher Bemühungen um die Gewinnung zusätzlicher Erfahrungswerte bedürfen.

Ausgangspunkt für die Überlegungen zur Stellung von Mindestanforderungen für die personelle Ausstattung sollten ebenfalls die Erfahrungen sein, die mit der Rechtsverordnung nach § 3 des Heimgesetzes nach deren Erlaß gesammelt werden. Nach gegenwärtigem Sachstand ist dort vorgesehen, daß die Beschäftigten die für ihre Funktionen und Tätigkeiten erforderliche fachliche und persönliche Eignung besitzen müssen und daß die Zahl der Beschäftigten, insbesondere der Therapeuten ausreichend zu bemessen ist, um eine den Interessen und Bedürfnissen der Bewohner sowie der Art der Einrichtung entsprechende Versorgung, Betreuung und Pflege auch während der Nacht und Ruhezeit sicherzustellen.

Soweit Einrichtungen der sozialen Rehabilitation dem Heimgesetz unterliegen, kann mit Maßnahmen der Heimaufsicht in ausreichendem Maße darauf hingewirkt werden, daß das Angebot an Plätzen den zu stellenden Mindestanforderungen entspricht. Im übrigen wird davon ausgegangen werden können, daß die Träger von sich aus bestrebt sind, nur geeignete Einrichtungen zu belegen. Eine Hilfestellung sollte mittelbar dadurch erfolgen, daß öffentliche Mittel nur für die Errichtung von Rehabilitationsstätten gewährt werden, die gewisse Mindestvoraussetzungen erfüllen. Daneben sollte den Trägern nach Möglichkeit ein Rehabilitationsstättenverzeichnis zur Verfügung gestellt werden, das das Aufsuchen geeigneter Einrichtungen erleichtert.

2 Ermittlung des Bedarfs

Im sozialen Bereich können durch Bedarfsschätzungen und Verwertung praktischer Erfahrungen im allgemeinen bereits jetzt relativ zuverlässige Ergebnisse erzielt werden. Auch hier werden die Statistiken aufgrund der Neuregelung von § 51 des Schwerbehindertengesetzes und § 368 r RVO zu einer weiteren Verbesserung der Informationsbasis beitragen. Für die Ermittlung des Platzbedarfs in Einrichtungen für jugendliche Behinderte geben die Statistiken aus dem Sonderschulbereich wertvolle Aufschlüsse. Die Ermittlung des Bedarfs sollte grundsätzlich auf regionaler und Landesebene erfolgen. Die Zuständigkeit für die Planung, die sich bisher nach den unterschiedlichen Gegebenheiten in den Ländern richtet, sollte möglichst von den zuständigen obersten Landesbehörden wahrgenommen oder koordiniert werden. Eine ausreichende Beteiligung der Träger erscheint notwendig. Um sicherzustellen, daß auf Landesebene ein umfassender Überblick über Planung, Koordinierung und Finanzierung aller Arten von Einrichtungen besteht, ist es sinnvoll, in jedem Land einer Stelle Leitfunktion im Sinne umfassender Unterrichtung und Koordinierung zuzuweisen. Hiermit

kann ein Ressort oder ein Planungs- oder Koordinierungsausschuß auf Landesebene betraut werden. Für überregionale Einrichtungen kommt eine Beteiligung des Bundes bei der Koordinierung und — in begrenztem Umfang — bei der Finanzierung in Betracht.

3 Schaffung eines bedarfsdeckenden Netzes von Einrichtungen

Die Schaffung eines bedarfsdeckenden Netzes von Einrichtungen zur sozialen Rehabilitation Behinderter bereitet nach den bisherigen Erfahrungen keine Schwierigkeiten, soweit es um Fragen der Trägerschaft geht. Das Nebeneinander von freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern, die nach dem Grundsatz des § 93 Abs. 1 des Bundessozialhilfegesetzes subsidiär zur Bedarfsdeckung verpflichtet sind, hat sich bewährt. Die Förderung der Errichtung gewerblicher Einrichtungen ist demgegenüber weiterhin nicht ins Auge zu fassen. Die Lösung der Finanzierungs- und Standortprobleme ist Teilbereich der Planung und daher als Koordinierungsaufgabe anzusehen, die von den dafür zuständigen Gremien gelöst werden muß. Öffentliche Förderung sollte nur für die Errichtung von solchen Einrichtungen vorgesehen werden, die sich in eine festgelegte Gesamtplanung einfügen. Neben Absprachen über Finanzierung und Standortfragen sollten auch Absprachen der Träger und Zuwendungsgeber über Finanzierungsbeteiligungen und — soweit möglich — über feste, nur nach Einrichtungsarten differenzierte Beteiligungsquoten stattfinden. Es muß jedoch sichergestellt werden, daß sachdienliche Initiativen bei den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und den Behindertenverbänden nicht erschwert werden.

4 Abstimmung der Planungen

Die Koordinierung auf Landesebene sollte die Planung bzw. deren Überprüfung unter Gesichtspunkten der Zielsetzung der Einrichtungen, Konzeption, Bedarf, Platzzahl, Standort, Größe und Wirtschaftlichkeit umfassen. Außerdem sollte geprüft werden, ob von den Ländern unter Beteiligung des Bundes eine Zielprojektion entwickelt werden kann, mit deren Verwirklichung sodann schrittweise und im Rahmen der verfügbaren Mittel begonnen werden könnte.

VII. Behindertengerechte Gestaltung von Rehabilitationseinrichtungen

Die in Nummer 1 Buchstabe c der Entschließung des Deutschen Bundestages vom 20. Juni 1974 angesprochene behindertengerechte Gestaltung der Rehabilitationseinrichtungen wird in diesem Abschnitt für sämtliche Arten von Einrichtungen gemeinsam beantwortet, weil insoweit grundsätzliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bereichen der Rehabilitation nicht vorhanden sind.

Die Vermeidung und Beseitigung von baulichen und technischen Hindernissen zugunsten von Behinderten ist eine komplexe Materie. Rein äußerlich gesehen handelt es sich um ein Bauproblem. Aber in seinem Kern ist es das Ankämpfen der Gehbehinderten und Rollstuhlfahrer gegen das Ausgeschlossensein von vielen Bereichen des öffentlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Lebens. Während es zur Vermeidung von Hindernissen häufig genügt, an die Sorgen und Probleme der Behinderten überhaupt zu denken, ist die Beseitigung schon vorhandener baulicher Hindernisse besonders problematisch; hier würde praktisch der gesamte Baubestand in Städten und Gemeinden ebenso betroffen wie die vorhandenen öffentlichen Verkehrseinrichtungen.

Im Rahmen einer behindertengerechten Gestaltung von Rehabilitationseinrichtungen kommt schon mit Rücksicht auf die Vielzahl Schwerkörperbehinderter in diesen Einrichtungen baulichen und technischen Aspekten besondere Bedeutung zu. Rehabilitationseinrichtungen müssen frei sein von baulichen oder technischen Barrieren. Diese Forderung ist in der Vergangenheit ganz allgemein — auch in anderen Bereichen — nicht immer in der gebotenen Weise beachtet worden.

Die Bundesregierung hat deshalb u. a. die Beseitigung baulicher und technischer Hindernisse als vordringliche Aufgabe in ihr „Aktionsprogramm zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten" aufgenommen. Entsprechend dieser Zielsetzung ist von einem interministeriellen Ausschuß ein Katalog der Schwerpunkte bei der Beseitigung baulicher und technischer Hindernisse mit konkreten Daten erarbeitet worden. Dieser Maßnahmenkatalog, der alle an der Gestaltung unserer baulichen Umwelt mitwirkenden Stellen anspricht, ist mit der Aufforderung, Maßnahmen zum Abbau vorhandener sowie zur Vermeidung künftiger baulich-technischer Barrieren zu ergreifen, auch den im Rehabilitationsbereich maßgeblichen Beteiligten zugänglich gemacht worden.

Auf Veranlassung und unter Mitwirkung der Bundesregierung sind ferner folgende besondere Normen als Planungsgrundlagen für Behinderte geschaffen worden:

1) DIN 18024 Bauliche Maßnahmen für Behinderte und alte Menschen im öffentlichen Bereich
   — Teil 1: Straße, Plätze und Wege —
   — Teil 2: öffentlich zugängliche Gebäude —
2) DIN 18025 Wohnungen für Schwerbehinderte
   — Teil 1: Wohnungen für Rollstuhlbenutzer —
   — Teil 2: Wohnungen für Blinde und wesentlich Sehbehinderte —.

Weitere Erkenntnisse und Anregungen für humanere bauliche Umweltbedingungen werden von For-

schungsarbeiten erwartet, die z. Z. im Auftrage der Bundesregierung durchgeführt werden.

Die auch für Rehabilitationseinrichtungen sehr bedeutsamen Planungshilfen haben inzwischen teilweise Eingang in eine Reihe bauordnungsrechtlicher Vorschriften gefunden. Soweit der Bau von Rehabilitationseinrichtungen aus öffentlichen Mitteln mitfinanziert wird, kann in jedem Falle eine behindertengerechte bauliche und technische Gestaltung sichergestellt werden. Die für die Bewilligung von Zuwendungen des Bundes und der Länder maßgeblichen Bestimmungen für die Durchführung von Baumaßnahmen sehen zwingend vor, daß die Bauverwaltungen — und bei Zuwendungen aus Bundesmitteln noch zusätzlich die oberste technische Instanz des Bundes, der Bundesminister für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau — bei der Planung und Durchführung der Projekte eingeschaltet werden. Im Rahmen dieser baufachlichen Prüfung wird auf eine behindertengerechte bauliche und technische Gestaltung der Einrichtungen besonderer Wert gelegt. Diese Entwicklung gilt es durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern und Gemeinden und eine intensive Öffentlichkeitsarbeit zu fördern, damit zunehmend eine möglichst umfassende und verbindliche allgemeine Anwendung der vorliegenden Planungsgrundlagen erreicht werden kann.

Im schulischen Bereich hat der Bund im Rahmen der gemeinsamen Bildungsplanung nach Artikel 91 b des Grundgesetzes auch Bauten verschiedener Rehabilitationszentren gefördert, in denen festgestellt werden soll, wie die außen- und innenarchitektonischen Einrichtungen der Art und dem Grad der Behinderungen gerecht werden können.

Von seiten der Länder wurde die Einrichtung eines länderübergreifenden Sachverständigengremiums angeregt, um die behindertengerechte Gestaltung der Rehabilitationseinrichtungen abzusichern. Die Bundesregierung wird prüfen, inwieweit dieser Anregung entsprochen werden kann.

VIII. Mitspracherecht der Behinderten und des Personals in den Rehabilitationseinrichtungen

Bei der Beantwortung dieser Frage ist zu unterscheiden zwischen dem Mitspracherecht des Personals und dem der Behinderten, weil beide Gruppen zu den Rehabilitationseinrichtungen in unterschiedlichen Rechtsbeziehungen stehen.

1 Mitspracherecht des Personals in Rehabilitationseinrichtungen

Die Beteiligung des Personals in personellen, sozialen und wirtschaftlichen Angelegenheiten der Einrichtungen zur Rehabilitation ist durch das Betriebsverfassungsgesetz (BetrVerfG) und die Personalvertretungsgesetze des Bundes und der Länder bereits gesetzlich geregelt.

Soweit die Einrichtungen der Rehabilitation in privatrechtlicher Form geführt werden, unterfallen sie dem Betriebsverfassungsgesetz. Sofern es sich hierbei um Betriebe handelt, die unmittelbar und überwiegend konfessionellen, karitativen, erzieherischen oder wissenschaftlichen Bestimmungen dienen (Tendenzbetriebe), bestehen gewisse Einschränkungen der Beteiligungsrechte des Betriebsrats bei sog. Tendenzmaßnahmen (vgl. § 118 Abs. 1 BetrVerfG). In jedem Falle ist jedoch auch in Tendenzbetrieben ein Betriebsrat zu wählen.

Karitative und erzieherische Einrichtungen einer Religionsgemeinschaft unterfallen nicht dem Betriebsverfassungsgesetz (vgl. § 118 Abs. 2 BetrVerfG). Die Religionsgemeinschaften haben für ihren Bereich in weitgehendem Umfang eigene Mitarbeitervertretungsordnungen erlassen.

Mit diesen Einschränkungen unterliegt das in den privatrechtlichen Einrichtungen der Rehabilitation beschäftigte Personal dem Betriebsverfassungsgesetz. Ausgenommen sind lediglich nicht als Arbeitnehmer anzusehende Personen, deren Beschäftigung nicht in erster Linie ihrem Erwerb dient, sondern vorwiegend durch Beweggründe karitativer oder religiöser Art bestimmt ist (vgl. § 5 Abs. 2 Nr. 3 BetrVerfG).

Für das bei den Verwaltungen und Betrieben des Bundes, der Länder, Gemeinden und sonstigen Anstalten, Stiftungen und Körperschaften des öffentlichen Rechts beschäftigte Personal gelten statt des Betriebsverfassungsgesetzes das Bundespersonalvertretungsgesetz bzw. die Personalvertretungsgesetze der Länder, die weitgehend dem Betriebsverfassungsgesetz entsprechende Regelungen enthalten.

Nach dem insoweit fast einmütigen Ergebnis der vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erbetenen Stellungnahmen ist die derzeitige Beteiligung des Personals in den Rehabilitationseinrichtungen durch die bestehenden gesetzlichen Regelungen in ausreichender Weise gewährleistet. Weitergehende Vorschriften werden nicht für erforderlich gehalten.

Allein die Stiftung Rehabilitation, Heidelberg, ist der Auffassung, daß eine „Mitbestimmung" des Personals über das Betriebsverfassungsgesetz bzw. Personalvertretungsgesetz hinaus notwendig sei. Die Stiftung hat dazu folgendes ausgeführt:

> „Zur Frage der Mitbestimmung des Personals halten wir die Regelung des BVG und BPersVG für unzureichend, wenn man bereit ist, unter Mitbestimmung auch Mitverantwortung zu verstehen.
>
> Die Arbeit an und für Menschen macht ein hohes Maß an Mitbeteiligung und Mitverantwortung erforderlich, dem dadurch Rechnung getragen werden sollte — bei der STIFTUNG REHABILITATION ist dies der Fall —, Mitglieder der Personalvertretung an Sitzungen der geschäftsführenden

Organe zu beteiligen. Bei uns haben diese Mitglieder im Vorstand und bei den Geschäftsführungen z. B. ein Vetorecht mit aufschiebender Wirkung. Dazu kommt u. a. noch die Mitarbeit in paritätisch besetzten Kommissionen und Ausschüssen. So wird Mitverantwortung und Information gesichert.

Auch in diesem Bereich sind die Erfahrungen der Stiftung so positiv, daß die allgemeine Praktizierung empfohlen wird."

Nach Auffassung der Bundesregierung besteht derzeit kein Anlaß, entsprechende vom Betriebsverfassungsgesetz und Personalvertretungsgesetz abweichende Regelungen für alle Bereiche der Rehabilitation vorzuschlagen. Den Trägern von Rehabilitationseinrichtungen ist Gelegenheit gegeben, sich über die bei der Stiftung Rehabilitation praktizierte Form der Mitbestimmung des Personals zu unterrichten; sie haben die Möglichkeit, durch Satzung oder vertragliche Vereinbarung entsprechende Regelungen einzuführen.

2 Mitspracherecht der Behinderten in Rehabilitationseinrichtungen

Der Behinderte darf nicht lediglich Objekt der durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahmen sein, die er auf Anordnung Dritter über sich ergehen lassen muß. Er ist vielmehr mitverantwortliches Subjekt des Rehabilitationsverfahrens; er steht im Mittelpunkt aller Rehabilitationsbemühungen.

Demgemäß ist auch im Rehabilitations-Angleichungsgesetz vorgesehen, daß bereits die Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation der Zustimmung des Behinderten bedarf (§ 4 Abs. 1 RehaAnglG; §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch — Allgemeiner Teil). Bei der Aufstellung des Gesamtplanes der Rehabilitation wirkt der Behinderte mit (§ 5 Abs. 3 RehaAnglG). Der Behinderte hat damit Einfluß auf die Entscheidung über die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen und die Gestaltung des Rehabilitationsverfahrens in seinen Grundzügen.

Diese Beteiligung erscheint im Interesse einer reibungslosen und erfolgreichen Rehabilitationsarbeit auch erforderlich. Sie weckt zugleich die Eigeninitiative des Behinderten, den Willen zum eigenverantwortlichen Handeln und zur Selbsthilfe. Das trägt wesentlich zum Erfolg der Rehabilitation bei. Die Beteiligung fördert auch die Entfaltung der Persönlichkeit des Behinderten und unterstützt die Bestrebungen, ihm zu mehr Selbständigkeit zu verhelfen.

Durch das Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime (Heimgesetz) vom 7. August 1974 ist eine Mitwirkung auch von Behinderten in solchen Einrichtungen eingeführt, die behinderte Volljährige nicht nur vorübergehend aufnehmen. Nach § 5 wirken die Bewohner der unter das Heimgesetz fallenden Einrichtungen durch einen Heimbeirat in Angelegenheiten des Heimbetriebes wie Unterbringung, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung mit. Die Einzelheiten sind der Regelung durch eine Rechtsverordnung vorbehalten, die z. Z. dem Bundesrat zur Zustimmung vorliegt (Drucksache 350/76).

Im Bereich der Sozialversicherung wird ein gewisses mittelbares Mitspracherecht der Behinderten am Rehabilitationsgeschehen auch dadurch gewährleistet, daß alle Versicherten und Rentner, und damit auch die Behinderten unter ihnen, am Zustandekommen der Selbstverwaltungsorgane mitwirken können. Die Rehabilitationsträger können als Leistungsträger die Vorstellungen und Belange ihrer Versicherten zur Gestaltung des Aufenthaltes in den Rehabilitationseinrichtungen jederzeit zur Sprache bringen, und zwar nicht nur in ihren eigenen Einrichtungen, sondern auch in Einrichtungen Dritter, die von ihnen belegt werden.

Die Frage, ob es über diese gesetzlichen Regelungen hinaus eines Mitspracherechts der Behinderten in den verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen bedarf, kann nicht ohne Rücksicht auf die tatsächlichen Möglichkeiten der Mitwirkung beantwortet werden. Diese Möglichkeiten sind wiederum abhängig von Art und Schwere der Behinderung sowie von Art, Inhalt und Dauer der Rehabilitationsmaßnahme. Ein Mitspracherecht setzt Mitverantwortung und damit Kenntnis der Vorgänge in einer Rehabilitationseinrichtung voraus, um sie beurteilen und mitgestalten zu können.

Die eingeholten Stellungnahmen raten demgemäß übereinstimmend von einer generellen Regelung der Mitwirkung der Behinderten ab. Gesetzliche Regelungen werden in der weit überwiegenden Zahl der Stellungnahmen für verfrüht gehalten. Das Schwergewicht der Auffassung geht dahin, die derzeit — durchweg auf freiwilliger Basis — vorhandenen unterschiedlichen Mitwirkungsformen weiter zu erproben und Erfahrungen auszutauschen; allenfalls sollten für bestimmte Bereiche Richtlinien erlassen werden. Einheitlich sind die Stellungnahmen insoweit, daß die Mitwirkungsregelungen auf Art und Zweckbestimmung der einzelnen Rehabilitationseinrichtungen Rücksicht zu nehmen haben. Hiervon geht auch die Bundesregierung bei der folgenden Darstellung aus.

2.1 Medizinische Einrichtungen der Rehabilitation

In medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ist der Aufenthalt der Behinderten regelmäßig kurz, es findet ein ständiger Wechsel des Rehabilitandenkreises statt. Nach Mitteilung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften liegt die durchschnittliche Verweildauer der Behinderten in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen bei 30 Tagen. Bei dieser Sachlage ist in diesen Einrichtungen ein kontinuierliches, vom fachlichen Wissen geleitetes Mitwirken der Behinderten nicht gewährleistet. So gilt beispielsweise auch die Mitwirkungsregelung des Heimgesetzes nur bei einer nicht nur vorübergehenden Aufnahme in die erfaßten Einrichtungen.

Die Bundesregierung ist deshalb in Übereinstimmung mit dem Ergebnis der eingeholten Stellungnahmen der Auffassung, daß die Institutionalisierung eines Mitspracherechts in medizinischen Ein-

richtungen der Rehabilitation weder zweckmäßig noch erforderlich ist.

2.2 Schulische Einrichtungen der Rehabilitation

Für die schulischen Einrichtungen der Rehabilitation gelten die für Schulen erlassenen Vorschriften der Länder über die Mitwirkung der Schüler und der Erziehungsberechtigten. Auf diese in den Schulgesetzen, Schulordnungen, Schulverwaltungsgesetzen und Ordnungen über die Schülervertretung und Elternmitwirkung enthaltenen Vorschriften wird verwiesen.

2.3 Berufliche Einrichtungen der Rehabilitation

Bei den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ist von der Aufgabenstellung her zwischen den Berufsförderungs- und Berufsbildungswerken einerseits und den Werkstätten für Behinderte andererseits zu unterscheiden. Die Einrichtungen der II. Phase der Rehabilitation, in denen bereits am Krankenbett während der medizinischen Behandlung mit beruflichen Maßnahmen begonnen werden soll, können wegen der von der Aufenthaltsdauer her bestehenden Vergleichbarkeit mit den medizinischen Einrichtungen hier außer Betracht bleiben.

2.3.1 Berufsförderungswerke und Berufsbildungswerke

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß die Behinderten in Berufsförderungs- und Berufsbildungswerken in einer mit dem Zweck dieser Rehabilitationseinrichtungen zu vereinbarenden Weise am Lehrgangsablauf und am sonstigen Geschehen beteiligt werden sollten. Sie wird in dieser Meinung durch das Ergebnis der eingegangenen Stellungnahmen bestätigt, die allgemein eine Mitwirkung der Behinderten in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation bejahen. Dabei bestehen jedoch höchst unterschiedliche Vorstellungen über Form, Art und Umfang dieser Mitwirkung.

Nach geltendem Recht findet für das Personal dieser Einrichtungen das Betriebsverfassungs- bzw. Personalvertretungsgesetz Anwendung. Die Anwendung dieser Gesetze auf die Behinderten führt nach Auffassung der Bundesregierung zu keiner sachgerechten Lösung für die Anliegen der Behinderten. Wesentliche Rechte der Betriebs- oder Personalvertretung gehen wegen der besonderen Gestaltung des Ausbildungsverhältnisses der Behinderten ins Leere. So spielen z. B. die im Rahmen der Mitbestimmung im Betrieb oder der Dienststelle grundsätzlichen Fragen der betrieblichen Lohngestaltung, der Einstellung, Umgruppierung, Versetzung und Kündigung von Arbeitnehmern, der Aufstellung von Urlaubsgrundsätzen und des Urlaubsplans, der Aufstellung der Auswahlrichtlinien bei personellen Maßnahmen sowie der Personalplanung in diesem Zusammenhang keine Rolle. Die genannten gesetzlichen Regelungen sind auf die Verhältnisse eines Betriebes oder einer Dienststelle zugeschnitten.

Außerdem gehen sie im Regelfall davon aus, daß die Mitarbeiter — jedenfalls in der überwiegenden Zahl — auf Dauer beschäftigt werden. Demgegenüber werden die Behinderten in den Berufsförderungs- und Berufsbildungswerken von vornherein nur auf bestimmte Zeit, und zwar bis zum Ablauf der Ausbildungsmaßnahmen, auf Veranlassung eines Rehabilitationsträgers in die Einrichtung aufgenommen. Die Situation dieser Behinderten ist also — wie es teilweise auch in den Stellungnahmen zum Ausdruck kommt — derjenigen in schulischen Einrichtungen vergleichbar. Die Anwendung der betriebs- bzw. personalvertretungsrechtlichen Regelungen würde auch zu einem stetigen Wechsel im Betriebs- bzw. Personalrat während der dreijährigen Amtsperiode führen. Außerdem würden die gewählten Vertreter häufig nicht mehr diejenigen repräsentieren, die sie gewählt haben. Denn die „Fluktuation" in den Berufsförderungs- und Berufsbildungswerken ist in Anbetracht der relativ kurzen und stark schwankenden Ausbildungsdauer (zwischen 12 und 36 Monaten) sehr groß.

Aus dem Geltungsbereich des Heimgesetzes sind die beruflichen Rehabilitationseinrichtungen nach § 1 Abs. 1 Satz 1 ausgenommen. Da Berufsförderungs- und Berufsbildungswerke die Behinderten nur vorübergehend aufnehmen, werden diese Einrichtungen auch nicht über Satz 2 der genannten Vorschrift wieder in das Heimgesetz einbezogen.

Bei dieser Sachlage sollte nach Auffassung der Bundesregierung eine den Besonderheiten des Aufenthalts in den beruflichen Rehabilitationseinrichtungen angemessene Mitwirkungsregelung angestrebt werden. In den Berufsförderungswerken wird bisher eine Mitwirkung der Rehabilitanden praktiziert, die auf freiwilliger Basis entstanden, aber nicht überall einheitlich ausgestaltet ist. Im allgemeinen werden Klassen- oder Gruppensprecher gewählt, die dann zur sog. Sprecherversammlung zusammentreten, in manchen Einrichtungen wählt die Sprecherversammlung auch einen Vorsitzenden (Schulsprecher). Die Aufgaben und Befugnisse der Rehabilitandenvertretung sind meist nicht schriftlich festgelegt und nur sehr allgemein gehalten. Im Konfliktfall entscheidet in aller Regel die Leitung oder der Träger der Einrichtung. Als Beispiel einer in den Berufsförderungswerken praktizierten Mitwirkungsregelung ist die „Satzung für die Vertretung der Rehabilitanden im Berufsförderungswerk Berlin e. V." als Anlage beigefügt.

Die Diskussion um die Rehabilitandenvertretung in den Berufsförderungswerken ist in jüngster Zeit, insbesondere im Zusammenhang mit dem Heimgesetz, intensiviert worden. Im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke wird zur Zeit auf der Grundlage der vorhandenen und praktizierten Modelle eine gemeinsame Rahmenregelung für die Mitwirkung der Rehabilitanden erarbeitet. Es ist zu erwarten, daß diese Bemühungen im Laufe dieses Jahres abgeschlossen werden können.

Die Berufsbildungswerke stehen erst am Anfang dieser Diskussion. Hier ist zu berücksichtigen, daß ein wesentlicher Teil der Behinderten in Berufsbildungswerken noch minderjährig ist.

Die Bundesregierung hält in Übereinstimmung mit der großen Mehrzahl der eingegangenen Stellungnahmen eine besondere gesetzliche Regelung der Mitwirkungsfrage im Augenblick nicht für sachgerecht, weil die vorliegenden oder in der Entwicklung befindlichen Beteiligungsmodelle in der Praxis noch

ausreichend erprobt werden müssen, insbesondere auch bei den Berufsbildungswerken, deren Aufbau erst jetzt in Gang gekommen ist.

2.3.2 Werkstätten für Behinderte

Die Anwendung des Betriebsverfassungsgesetzes oder der entsprechenden personalvertretungsrechtlichen Regelungen auf die in den Werkstätten zu ihrer Rehabilitation beschäftigten Schwerbehinderten ist nicht unproblematisch. Die Werkstatt für Behinderte ist zwar als Betrieb im Sinne dieser Regelungen anzusehen; die Eigenschaft der dort beschäftigten Schwerbehinderten als Arbeitnehmer ist jedoch nicht ohne weiteres zu bejahen. Bis zum Inkrafttreten des Schwerbehindertengesetzes wurde diese Frage durchweg verneint (vgl. den 1972 abgeschlossenen Forschungsauftrag „Die Werkstatt für Behinderte", vorgelegt vom Institut für Sozialrecht der Ruhr-universität Bochum).

Das am 1. Mai 1974 in Kraft getretene Schwerbehindertengesetz hat durch die neue Konzeption der Werkstatt für Behinderte als einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation allerdings eine veränderte Ausgangslage geschaffen. Danach erbringt der Personenkreis in der Produktionsstufe der Werkstatt wirtschaftlich verwertbare Arbeit und erhält dafür ein angemessenes Entgelt; allerdings muß nach dem tatsächlichen Erscheinungsbild vieler Werkstätten heute noch differenziert werden zwischen solchen Behinderten, die in einem echten Lohnverhältnis stehen und solchen, die lediglich ein Taschengeld erhalten. Für die in der Trainingsstufe der Werkstatt beschäftigten Behinderten, die dort in einer der Ausbildung ähnlichen Form auf die Tätigkeit in der Produktionsstufe vorbereitet werden, gilt indes eine andere Betrachtungsweise; hier liegt ein Arbeitsverhältnis nicht vor. Schließlich ist zu berücksichtigen, daß das aktive und passive Wahlrecht nach dem Betriebsverfassungs- und Personalvertretungsgesetz die Geschäftsfähigkeit der Arbeitnehmer voraussetzt. In der Werkstatt für Behinderte sind aber in großer Zahl geistig Behinderte beschäftigt, die oft geschäftsunfähig sind, unter vorläufiger Vormundschaft oder Gebrechlichkeitspflegschaft stehen. Sie sind daher, selbst wenn sie in arbeitsrechtlicher Hinsicht als Arbeitnehmer anzusehen sind, nicht in der Lage, aktiv von den bestehenden Mitbestimmungsrechten Gebrauch zu machen.

Im Hinblick auf den allgemeinen Geltungsbereich des Betriebsverfassungsgesetzes und der Personalvertretungsgesetze und den dadurch bedingten allgemeinen Charakter ihrer Regelungen erhebt sich im übrigen die Frage, ob diese Gesetze der besonderen Situation der Behinderten in den Werkstätten überhaupt gerecht werden können. Denn das bei Anwendung dieser Gesetze folgende Ergebnis, daß in den Werkstätten für Behinderte ein großer Teil der dort tätigen Behinderten von einer aktiven Mitwirkung ausgeschlossen sind, kann nach Ansicht der Bundesregierung nicht befriedigen. Bei einer Beschäftigung von Behinderten in Werkstätten dürften im Hinblick auf den besonderen Charakter dieser Werkstätten andere Maßstäbe für die Frage einer Beteiligung der Behinderten anzulegen sein, als bei der Beschäftigung von Arbeitnehmern in Betrieben der Privatwirtschaft oder Verwaltungen der öffentlichen Hand. Deshalb sollte nach Ansicht der Bundesregierung geprüft werden, ob man bei Werkstätten für Behinderte nicht eine eigenständige, alle Behinderten umfassende einheitliche Regelung ihrer Beteiligung am Werkstattgeschehen vorsehen sollte. Eine solche, alle Behinderten umfassende Regelung hätte auch den Vorteil, daß alle Behinderten unabhängig von der Art und der Schwere ihrer Behinderung in bezug auf ihre Mitwirkungsbefugnisse in den Werkstätten gleichbehandelt würden. Im Rahmen einer solchen Prüfung wäre besonderes Augenmerk zu richten auf die Frage der Struktur des Vertretungsorgans, auf die Mitwirkungsbefugnisse im einzelnen, den Rahmen der mitwirkungsbedürftigen Angelegenheiten und die Frage, ob für gesetzliche Vertreter derjenigen Behinderten, die ihre Rechte nicht selbst wahrnehmen können, ein Repräsentationsorgan, z. B. ein Elternbeirat, geschaffen werden soll. Ferner müßte auch das Verhältnis einer solchen Vertretung zum Betriebsrat und zum Personalrat geregelt werden.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf ein Modell, das die Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V. Marburg, in jüngster Zeit entwickelt hat. Das Modell geht aus von der Überlegung, daß nach geltendem Recht die Mehrzahl der in den Werkstätten tätigen Behinderten kein Wahlrecht zum Betriebsrat hat. Durch eine gesetzliche Fiktion, die in das Betriebsverfassungsgesetz aufzunehmen wäre, sollen die Behinderten in den Werkstätten als Arbeitnehmer gelten. Soweit sie geschäftsunfähig sind, sollen die gesetzlichen Vertreter das aktive Wahlrecht ausüben und auch passiv wählbar sein. Es soll — entsprechend der Jugendvertretung — ein besonderes Organ, die Behindertenvertretung, geschaffen werden und neben dem Betriebsrat tätig sein. Ohne einer abschließenden Diskussion dieses Vorschlages vorgreifen zu wollen, hält die Bundesregierung seine Verwirklichung im Hinblick auf den allgemeinen Charakter des Betriebsverfassungsgesetzes, der es nicht sachgerecht erscheinen läßt, in ihm speziell rehabilitationsbezogene Sonderregelungen vorzusehen, in dieser Form nicht für möglich.

Bevor überhaupt gesetzgeberische Vorschläge unterbreitet werden können, müssen nach Auffassung der Bundesregierung verschiedene Modelle der Mitwirkung in der Praxis erprobt werden. Eine übereilte Regelung der Mitbestimmung der Behinderten in Werkstätten in einer Zeit, in der vorrangig noch eine Reihe grundsätzlicher Fragen der Werkstatt für Behinderte gelöst werden müssen, wäre den Interessen der Behinderten sicher nicht dienlich. Es sollte daher erst nach einer praktischen Erprobung verschiedener Mitwirkungsmodelle eine interessengerechte Regelung auf der Basis der gewonnenen Erfahrungen gesucht werden.

2.4 Mitsprache der Behinderten in Einrichtungen der sozialen Rehabilitation

Unter dem Gesichtspunkt, daß eine Mitwirkung insbesondere in den unter die Vorschriften des Heimgesetzes fallenden Einrichtungen für behinderte Voll-

jährige mit Rücksicht auf die längere Verweildauer in diesen Heimen in Betracht kommt, sieht § 5 HeimG eine Mitwirkung der Bewohner durch Heimbeiräte vor. Danach wirken die Heimbewohner durch einen Heimbeirat in Angelegenheiten des Heimbetriebes wie Unterbringung, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung mit. Die Regelung von Art, Umfang und Form dieser Mitbestimmung ist einer Rechtsverordnung vorbehalten, die gegenwärtig dem Bundesrat zur Zustimmung vorliegt. Hierbei handelt es sich nicht um eine gleichberechtigte Mitbestimmung. Die Heimbewohner haben lediglich das Recht, in bestimmten Angelegenheiten rechtzeitig informiert zu werden, mit dem Leiter oder Träger anstehende Fragen zu erörtern oder hierzu Vorstellungen zu entwickeln. Das Entscheidungsrecht bleibt dementsprechend dem Träger oder Leiter der Einrichtung.

Mit dieser Regelung ist die Möglichkeit eröffnet, in einem Teilbereich Erfahrungen mit der Mitwirkung von Behinderten insbesondere in Fragen der Unterbringung, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung zu sammeln. Die Bundesregierung hat nach einer Entschließung des Deutschen Bundestages vom 11. Juni 1974 drei Jahre nach Inkrafttreten des Heimgesetzes einen Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Mitbestimmungsregelung vorzulegen. In diesem Bericht ist insbesondere darzulegen, wie in Heimen für geistig Behinderte und psychisch Kranke die Mitsprachemöglichkeiten geregelt wurden und ob Alternativregelungen nötig erscheinen. Dieser Bericht wird somit auch erste Anhaltspunkte dafür geben, welche Folgerungen für die Mitwirkungsregelungen aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der Rehabilitanden und der unterschiedlichen Aufgabenstellung und Zielsetzung der einzelnen Einrichtungen zu ziehen sind.

Bereits zu einem früheren Zeitpunkt gesetzliche Regelungen für eine Mitwirkung der Behinderten in den nicht unter das Heimgesetz fallenden sozialen Rehabilitationseinrichtungen vorzuschlagen, hält die Bundesregierung nicht für richtig. Sie befürwortet jedoch Vereinbarungen über die Mitwirkung auf freiwilliger Basis, die in den einzelnen Einrichtungen entsprechend den dort bestehenden unterschiedlichen Verhältnissen und Bedürfnissen abgeschlossen werden können.

IX. Zusammenfassung

Die Bundesregierung sieht in Übereinstimmung mit den eingegangenen Stellungnahmen die Koordinierung im institutionellen Bereich der Rehabilitation als eine Hauptaufgabe aller an der Rehabilitation Beteiligten. Art und Weise der Koordinierung müssen entsprechend den unterschiedlichen Ausgangspositionen in den einzelnen Bereichen der Rehabilitation unterschiedlich gestaltet werden.

1. Medizinischer Bereich

Nach Auffassung der Bundesregierung ist nach Lösungen zu suchen, die im Bereich der medizinischen Rehabilitation eine möglichst gleichmäßige Behandlung aller Behinderten gewährleisten und eine möglichst wirtschaftliche Verwendung der vorhandenen Mittel sicherstellen.

Die Koordinierung ist für den Bereich der Sozialversicherung zunächst Aufgabe der Rehabilitationsträger und ihrer Verbände. Sie sind in erster Linie verpflichtet, die Abstimmung der Planung von medizinischen Einrichtungen zur Rehabilitation innerhalb der einzelnen Trägergruppen und zwischen diesen Trägergruppen durchzuführen.

Es sollte angestrebt werden, die Verantwortung für den Bereich der Kriegsopferversorgung maßgeblich dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zu übertragen.

Die Planung und Verwirklichung eines bedarfsdekkenden Angebotes an medizinischen Rehabilitationseinrichtungen sowie die Lösung von Finanzierungs- und Standortproblemen setzt eine möglichst weitgehende Einbeziehung der medizinischen Rehabilitation in die Krankenhausbedarfsplanung der Länder und, soweit es um spezielle, gegenüber der Akutversorgung selbständige Rehabilitationsaufgaben geht, eine Abstimmung mit der Krankenhausbedarfsplanung voraus.

Um die fachliche Eignung der Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation zu gewährleisten, sind Mindestanforderungen in personeller, räumlicher und sachlicher Hinsicht aufzustellen. Hierfür sind die Rehabilitationsträger vorrangig zuständig; die Mindestanforderungen müssen unter den Rehabilitationsträgern abgestimmt werden.

Eine besondere Verpflichtung der Rehabilitationsträger, nur geeignete Einrichtungen zu belegen, erscheint nicht notwendig.

Damit geeignete medizinische Einrichtungen zur Rehabilitation in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, müssen die bei den Rehabilitationsträgern vorliegenden Daten über den Bedarf an solchen Einrichtungen weiter ausgewertet werden.

2. Vorschulischer und schulischer Bereich

Im Bereich der vorschulischen und schulischen Einrichtungen der Rehabilitation kommt es darauf an, die Forderung des Bildungsgesamtplanes nach Vermeidung der Isolierung behinderter Kinder und Jugendlicher durch gezielte Förderungsmaßnahmen und entsprechende organisatorische Veränderungen zu erfüllen, die länderübergreifende Entwicklung und Abstimmung von Lehrplänen und Unterrichtsverfahren auf der Basis der Ergebnisse der von Bund und Ländern gemeinsam geförderten Modellversuche

konsequent weiterzuverfolgen sowie die enge Kooperation aller Dienste der Behindertenhilfe mit der Sonderpädagogik zu intensivieren. Um vorschulische und schulische Einrichtungen behindertengerecht zu gestalten, und um ein bedarfsdeckendes Angebot zu verwirklichen, sollten die von Bund und Ländern festgelegten Planungswerte nicht unterschritten werden.

3. Beruflicher Bereich

Die Bundesregierung hält die Fortführung ihrer Koordinierungsaufgaben nach § 62 AFG für notwendig. Sie erwartet von der Tätigkeit des Beirats für die Rehabilitation der Behinderten und der Arbeitsgemeinschaften der Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation eine wirksame Unterstützung. Dieser auf Bundesebene gesetzte Rahmen muß durch eine entsprechende Koordinierung auf Landesbene ergänzt werden.

Die Festlegung fachlicher Mindestanforderungen für Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ist erforderlich; die Bundesregierung hat es für die Werkstätten für Behinderte im Schwerbehindertengesetz erreicht und im Entwurf eines Berufsbildungsgesetzes (Drucksache 7/3714) für die Einrichtungen der beruflichen Bildung Behinderter vorgesehen.

Um eine ausreichende Versorgung mit beruflichen Rehabilitationseinrichtungen sicherzustellen, finden regelmäßig Koordinierungsgespräche mit allen beteiligten Stellen beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung statt.

4. Sozialer Bereich

Die Koordinierung der Planungen in diesem Bereich ist grundsätzlich Aufgabe der Länder. In jedem Land sollte einer Stelle Leitfunktion im Sinne umfassender Unterrichtung und Koordinierung zugewiesen werden. Eine Beteiligung des Bundes kommt vorzugsweise bei der Planung überregionaler Einrichtungen in Betracht.

Zunächst sollte eine verbindliche Fixierung von fachlichen Mindestanforderungen an Einrichtungen der sozialen Rehabilitation nicht erfolgen, da gesicherte Erkenntnisse hierfür wegen der Vielfalt dieser Art von Rehabilitationsstätten noch nicht vorliegen.

Die Ermittlung des Bedarfs sollte grundsätzlich auf regionaler und Landesebene erfolgen.

Im Hinblick auf die Bedeutung der Koordinierung und Zusammenarbeit im institutionellen Bereich der Rehabilitation wird die Bundesregierung auch weiterhin entsprechend ihrem bereits 1970 anläßlich der Verkündung des Aktionsprogramms „Rehabilitation" vertretenen Standpunkt fortfahren, dort etwas zu tun, wo sie zuständig ist und dort Anregungen und Hinweise geben, wo sie nicht unmittelbar tätig sein kann. Die Bundesregierung hält die in den meisten Ländern schon vorhandenen „Landesausschüsse der Rehabilitation" für geeignete und wirksame Instrumente zur Koordinierung auf örtlicher und regionaler Ebene. Daneben bedarf es einer Koordinierung im überregionalen Bereich bzw. für überregionale Einrichtungen und der bundesweiten Abstimmung fachlicher Fragen der Konzeption. Hier könnten die im beruflichen Bereich gewonnenen Erfahrungen nutzbar gemacht werden. Die Bundesregierung ist bereit, mit den Ländern und den übrigen am Rehabilitationsgeschehen Beteiligten hierzu in eine Erörterung einzutreten.

Die Bereitschaft hierzu dürfte auch auf seiten der Länder vorhanden sein. Bereits auf der 47. Konferenz der Arbeitsminister und Senatoren für Arbeit der Länder (ASMK) hat der Senator für die Arbeits- und Sozialbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg einen Antrag eingebracht mit dem Ziel, in Übereinstimmung mit den Vorstellungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge auf Bundes- und Landesebene neue Koordinierungsgrundsätze für die Rehabilitation zu erarbeiten. Von seiten des Landes Baden-Württemberg wurde auf der 48. ASMK dieser Gedanke aufgegriffen und gefordert, bei der Planung und Förderung von Rehabilitationseinrichtungen in verstärktem Maße auf eine bedarfsgerechte Entscheidung und Koordinierung von Maßnahmen zur Rehabilitation zu achten, insbesondere auch im Hinblick auf die Finanzierungsmöglichkeiten für Rehabilitationseinrichtungen. Die Anträge wurden bis zur Vorlage dieses Berichts zurückgestellt. Die Bundesregierung wird auf diese Länderinitiativen zurückkommen.

Anlage

zum Bericht der Bundesregierung
betr. Rehabilitation

SATZUNG
für die Vertretung der Rehabilitanden im Berufsförderungswerk Berlin e. V.

I. Allgemeines

1. Die Rechte des einzelnen Rehabilitanden, sich mit Bitten und Beschwerden an die hierfür zuständigen Stellen des Hauses zu wenden, werden durch diese Satzung nicht berührt.
2. Jeder Rehabilitand ist berechtigt, seinen Gruppensprecher oder einen Rehabilitanden seines Vertrauens zu diesen Gesprächen hinzuzuziehen.
3. Jeder Rehabilitand hat das Recht, in der ihn betreffenden Problemfallbesprechung gehört zu werden; er ist bei der Entscheidung anwesend. In diesem Fall gilt Ziffer 2 nicht.

II. Wahl der Gruppensprecher

1. Jede Ausbildungsgruppe wählt in geheimer und unmittelbarer Wahl einen Gruppensprecher und dessen Stellvertreter.
2. Gewählt ist, wer die Mehrheit der abgegebenen Stimmen auf sich vereint.
3. Die Wahl erfolgt vier Wochen nach Ausbildungsbeginn.
4. Für die ersten vier Wochen der Ausbildung wird die Ausbildungsgruppe einen Gruppensprecher benennen.

III. Gruppensprecherversammlung

1. Die gewählten Gruppensprecher und die für die Ausschüsse (VI) benannten Rehabilitanden bilden die Gruppensprecherversammlung.
2. Die Gruppensprecherversammlung tagt unter der Leitung eines aus ihrem Kreise zu wählenden Vorsitzenden (Hauptgruppensprecher) einmal im Monat und zwar jeweils am ersten Ausbildungsmontag eines Monats ab 13.00 Uhr.
3. Für die Wahl des Hauptgruppensprechers gilt II., Ziffer 1 und 2 entsprechend.

IV. Amtszeit

1. Die Gruppensprecher werden für die Dauer der Ausbildung gewählt.

   Das Amt des Gruppensprechers erlischt durch
   a) Beendigung der Ausbildung,
   b) Niederlegung des Amtes,
   c) Abwahl durch die Gruppe.
2. Für die Abwahl gelten die Wahlgrundsätze Nummer II. 1. Die Abwahl ist nur bei gleichzeitiger Neuwahl eines Gruppensprechers zulässig.

V. Gesamtkonferenz

1. Die gewählten Gruppensprecher — im Verhinderungsfall ihre Vertreter — nehmen an der Gesamtkonferenz teil. Die Gesamtkonferenz tagt unter Leitung des Geschäftsführers des Werkes oder eines von ihm benannten Vertreters einmal im Monat und zwar jeweils am zweiten Ausbildungsmittwoch eines Monats um 16.45 Uhr.
2. Außerhalb der regelmäßigen Sitzungstermine kann die Gesamtkonferenz zu Behandlungen eilbedürftiger Angelegenheiten einberufen werden. Hierzu bedarf es eines schriftlichen Antrages, den mehr als die Hälfte der Gruppensprecher unterstützen. Der Antrag ist dem Sitzungsleiter vorzulegen. Der Sitzungsleiter ist jederzeit berechtigt, besondere Sitzungstermine festzusetzen.
3. An der Gesamtkonferenz nehmen sämtliche Rehabilitationsberater und der Internatsleiter teil. Im Bedarfsfalle können weitere Mitarbeiter des Werkes und Rehabilitanden als Berater hinzugezogen werden.
4. Für jede Gesamtkonferenz muß den Teilnehmern mindestens eine Woche vor dem anberaumten Termin die Tagesordnung schriftlich mitgeteilt werden, mit Ausnahme der Sitzungen nach Ziffer 2. letzter Satz. Vorschläge zur Tagesordnung sind dem Sitzungsleiter von den Teilnehmern rechtzeitig schriftlich einzureichen.

VI. Ausschüsse

1. Es werden folgende ständige Ausschüsse gebildet:
   a) Küchenausschuß,
   b) Freizeitausschuß,
   c) Ausschuß für Angelegenheiten der Unterbringung und Gemeinschaftsordnung.
2. Den Ausschüssen gehören je zwei von den Gruppensprechern benannte Rehabilitanden, der Internatsleiter und ein Rehabilitationsberater an. Den Vorsitz führt der Internatsleiter, der die Ausschüsse einberuft.

3. Die Ausschüsse beraten über Angelegenheiten, die ihnen von der Gesamtkonferenz überwiesen werden. Die Beratungsergebnisse sind der Gesamtkonferenz in der folgenden Sitzung mitzuteilen. Nummer V. 4., Satz 2 gilt entsprechend.

VII. Ergebnisprotokolle

1. Über die Ergebnisse der Sitzung der Gesamtkonferenz und der Ausschüsse werden Ergebnisprotokolle geführt.
2. Die Protokollführung obliegt in der Gesamtkonferenz dem vom Sitzungsleiter dazu benannten Rehabilitationsberater, in den Ausschüssen dem teilnehmenden Rehabilitationsberater.

VIII. Aufgaben der Gruppensprecher

1. Die Gruppensprecher haben folgende Aufgaben:
   a) Vertretung der Ausbildungsgruppe in der Gruppensprecherversammlung und in der Gesamtkonferenz,
   b) Information der Ausbildungsgruppe über Ergebnisse der Gruppensprecherversammlung, der Gesamtkonferenz und sonstige die Gruppe betreffende Angelegenheiten,
   c) Die Gruppensprecher nehmen an der Stundenplangestaltung ihres Bereiches teil.
2. Bei der Wahrnehmung der Vertretungsbefugnis sind die Gruppensprecher an Aufträge und Weisungen der Gruppe gebunden.

IX. Aufgaben der Gesamtkonferenz

1. Die Gesamtkonferenz wirkt in allgemeinen Angelegenheiten der Unterbringung, Verpflegung, Freizeitgestaltung, Gemeinschaftsordnung und der Familienheimfahrten an den Entscheidungen mit.
2. Entscheidungen werden in diesen Angelegenheiten erst nach vorheriger Beratung in der Gesamtkonferenz getroffen. Die Beratungen sind mit dem Ziel der Einigung zu führen. Kann eine Einigung nicht erzielt werden, entscheidet der Geschäftsführer unter Beteiligung des zuständigen Abteilungsleiters.

X. Inkrafttreten, Übergangsvorschriften, Geltungsdauer

1. Diese Satzung tritt am 12. März 1976 in Kraft.
2. Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens von der Gruppe benannten Gruppensprecher gelten als nach dieser Satzung gewählte Vertreter der Gruppe.
3. Diese Satzung gilt bis zum Inkrafttreten einer Rechtsverordnung über die Mitwirkung der Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation.
4. Die Satzung ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres kündbar.
5. Die Kündigung bedarf keiner Begründung und gilt ausgesprochen, wenn sie von der Mehrheit der gewählten Gruppensprecher oder dem Geschäftsführer schriftlich den Vertragsparteien zugestellt ist.